Bewältigung kindlicher Behinderung

von

Eva-Maria Pfeiffer geb. Schwierskott

aus

Schweidnitz

Diss
Erlangen
1986

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41538110_0014

Bewältigung kindlicher Behinderung

Inaugural - Dissertation

der Philosophischen Fakultät

der Friedrich-Alexander-Universität

Erlangen-Nürnberg

vorgelegt

von

Eva-Maria Pfeiffer geb. Schwierskott

aus

Schweidnitz

Tag der mündlichen Prüfung: 12. Februar 1986

Dekan:	Universitätsprofessor Dr. H. K. Beckmann
Referent:	Universitätsprofessor Dr. E. Olbrich
Korreferent:	Universitätsprofessor Dr. W. Toman

D 29

Inhaltsübersicht

		Seite
1.	Vorbemerkungen	1
2.	Theoretische Überlegungen und Begriffserklärungen	2
2.1.	Konzept der Erfahrung und der Erwartung	2
2.1.1.	Erfahrung - Kompetenz - Coping	3
2.1.2.	Lerntheoretische Aspekte	1o
2.1.3.	Erwartung durch Erfahrung	14
2.2.	Kritische Lebensereignisse	17
2.3.	Bewältigung (Coping)	23
2.3.1.	Biographisches Konzept	24
2.3.2.	Kognitionspsychologisches Konzept	26
2.3.3.	Neo-analytische Konzepte	26
2.3.4.	Beanspruchung und Bewältigung	27
2.4.	Theorie des Selbstbildes	29
2.5.	Stimmungen	35
2.6.	Daseinstechniken	37
3.	Der psychische Bewältigungsprozeß	39
4.	Einführung in die empirische Arbeit	48
5.	Fragestellung der Arbeit	55
6.	Aufbau der Untersuchung	59
6.1.	Exploration	63

6.2.	Erhebung des Selbstbildes	69
6.3.	Stimmungslage	71
6.4.	Analyse der Daseinstechniken	74
6.5.	Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik	76
6.6.	Snijders Oomen nicht-verbale Intelligenzuntersuchung	8o
7.	Beschreibung der Stichprobe	81
8.	Statistische Auswertung	9o
9.	Darstellung der Ergebnisse	91
9.1.	Kontrollvariablen	91
9.1.1.	Rehabilitationsinformation im Säuglingskurs	92
9.1.2.	Rehabilitationsinformation durch den Arzt	93
9.2.	Selbstentwicklung der Mütter mit spezifischer Erfahrung	94
9.2.1.	Selbstentwicklung der Mütter ohne spezifische Erfahrung	96
9.2.2.	Entwicklung des Selbstbildes im interindividuellen Vergleich	98
9.2.2.1.	Soziale Resonanz	99
9.2.2.2.	Dominanz	1oo
9.2.2.3.	Kontrolle	1o1
9.2.2.4.	Grundstimmung	1o2
9.2.2.5.	Durchlässigkeit	1o3
9.2.2.6.	Soziale Potenz	1o4

9.3.	Stimmungskurve der Mütter mit spezifischer Erfahrung	1o5
9.3.1.	Stimmungskurve der Mütter ohne spezifische Erfahrung	1o7
9.3.2.	Interindividueller Vergleich der Stimmungskurven	1o8
9.4.	Zusammenfassende Beantwortung der Hypothesen	111
9.4.1.	Erwartungshypothesen	111
9.4.2.	Erfahrungshypothesen	112
9.4.3.	Bewältigungshypothesen	114
9.5.	Daseinstechniken der Mütter	116
9.6.	Die Entwicklung der Kinder	117
9.7.	Versuch der simultanen Erfassung von Entwicklung und situativen Bedingungen	12o
1o.	Zusammenfassende Diskussion	128
1o.1.	Coping	13o
1o.1.1.	Entwicklung des Selbst	134
1o.1.2.	Entwicklung der Kinder	135
1o.1.3.	Entwicklung der Stimmung	14o
1o.1.4.	Entwicklung der Daseinstechniken	14o
1o.1.5.	Einstellung zu Behinderten	141
1o.1.6.	Sinngebung	142
1o.2.	Hoffnung	144
11.	Folgerungen für die Praxis	145
	Literaturverzeichnis	15o
	Anhang	164

1. Vorbemerkungen

Die Geburt eines behinderten Kindes ist ein nicht-normatives Ereignis, das die Mutter zur individuellen Auseinandersetzung zwingt. Ihre Erwartungen sind diskrepant zu ihren Erfahrungen - pro Jahr werden 'nur' o,5 - o,6 % Geistigbehinderte und o,3 % Körperbehinderte geboren (Schätzungen im Gutachten des Deutschen Bildungsrates). Die relative Häufigkeit der Merkmalskategorien 'Behinderung' ist also gering, der Parameter 'Unwahrscheinlichkeit' - ein behindertes Kind zu haben - wahrscheinlicher in der Erwartung einer Frau.

Es kann angenommen werden, daß sich die Diskrepanz erhöht, wenn wenig oder keine Vorerfahrung mit dem Personenkreis Behinderter besteht.

Um leben zu können, muß die Mutter mit der Tatsache, ein behindertes Kind zu haben, 'fertig werden'. Durch Rückkoppelung an eigene Erfahrungen und die permanente Forderung der augenblicklichen Situation wird sie versuchen, eine Daseinstechnik zu finden.

Ein behindertes Kind zu haben ist eine existentielle Realität, die mit Sicherheit ein die Kompetenz einer Person übersteigendes Ereignis darstellt. Doch scheinen sich Personen in der Bewältigung dieser Problematik zu unterscheiden. Ein Indikator für die Mutter-Kind-Situation ist die Selbsteinschätzung und die Stimmungslage der Mutter in konkreten kindbezogenen Situationen.

In einem Längsschnittdesign kann dieser Entwicklungsprozeß begleitet werden und intra- und interindivi-

duelle Unterschiede, bedingt durch relevante Vorerfahrungen, festgemacht werden.

Diese Arbeit entstand aus dem subjektiven- und objektiven - Bedürfnis der Förderung menschlicher Entwicklung. Analog der Fragestellung, welche Personen oder Bevölkerungsgruppen in Gefahr stehen, von einer bestimmten Krankheit bzw. psychischen Störung befallen zu werden, kann davon ausgegangen werden, daß eine Frau mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Schwangerschaft durchmacht und damit die Risikowahrscheinlichkeit gegeben ist, ein behindertes Kind zu haben.

Der Eintritt kritischer Lebensereignisse ist nicht zu verhindern, doch können Menschen sich auf die Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen vorbereiten und es ist Anspruch jeder Sozialisation, den Menschen auf die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Lebens vorzubereiten.

2. Theoretische Überlegungen und Begriffserklärungen

2.1. Konzept der Erfahrung und der Erwartung.

Durch Erfahrungen entstehen Erwartungen - diese Erfahrung macht Jedermann. Doch gibt es auch unerwartete Ereignisse, für die Erfahrungen nicht bereit stehen.

"Geduld aber bringt Erfahrung, Erfahrung aber bringt Hoffnung" (Heilige Schrift).

2.1.1. Erfahrung - Kompetenz - Coping

Die Entwicklung des Menschen allgemein wird beeinflußt durch individuelle Erfahrung, nicht nur als kristallisiertes Wissen, sondern bedingend für die Prozesse der Antizipation und Bewältigung von Ereignissen. Sind solche Erfahrungen vorhanden, erhöht sich die Kompetenz der Person (FILIPP 1984). Eine Präzisierung des Begriffs 'Kompetenz' ist sicher notwendig und FILIPP & GRASER (1982, S.179) stellen die Frage, ob überhaupt von einer "generellen (situationsunspezifischen) Bewältigungskompetenz" ausgegangen werden kann.

Kompetenz kann aktiv, auch präventiv erworben werden; weithin wird das Individuum mehr oder weniger dazu gezwungen. In diesem Fall geht, so ist anzunehmen, beobachtbares Coping dem Kompetenzerwerb voraus. In den intraindividuellen Strukturen scheint dieser Copingprozeß in der Auseinandersetzung der Person mit sich selbst ständig zu laufen und an den Kontextbedingungen auf Brauchbarkeit überprüft zu werden, ohne daß kritische Ereignisse diesen herausfordern müssen. Wie kompetent, wie fähig eine Person ist, ließe sich dann an der Effektivität ihrer Bewältigung ablesen. Je kompetenter der Mensch wird, umso mehr verändert er sich; obwohl, so kann angenommen werden, der Wunsch nach verfügbaren, sozusagen kategorisierten Bewältigungsreaktionen beim Menschen vorrangig besteht.

Kompetenz könnte so mit einem Bewältigungsrepertoire gleichgesetzt werden. In Situationen, in denen das Bewältigungsrepertoire der Person ausreichend ist, dürfte es nicht zu einem Bewältigungsprozeß kommen.

Doch schon wiederkehrende, aber nie gleiche Situationen zwingen zum 'Umbau' des erworbenen Bewältigungsverhaltens. Die Fähigkeit dazu, etwa Hervorholen epistemischen Wissens und die Auswahl der jeweils angemessenen Bewältigungsoperationen, bedingen eine andere Kompetenz als der Einsatz einer bestimmten Reaktion auf ein bestimmtes Signal. Die Bewältigung einer Anforderung zur Erreichung eines temporären Ruhezustandes oder einer Bedürfnisbefriedigung ist neue Erfahrung, ist Entwicklung, ist Leben, auch dann, wenn das Oberziel nicht erreichbar ist. Die Erfahrung der aktiven Auseinandersetzung allein hat Befriedigungscharakter - "Ich habe alles getan, was ich konnte" - und Kompetenzen, zumindest für sequentielle Bewältigungsprozesse, sind entwickelt worden.

Die Erfahrung kompetenten Verhaltens in Teilen eines Problemlösungsprozesses hat verstärkende Auswirkungen auf das Selbstkonzept der Person. Je kompetenter eine Person ist, umso motivierter ist sie, sich in neue Situationen zu begeben, da ihre Effektivitätserwartungen hoch sind. Schon durch das Hineingehen erwirbt die Person neue Kompetenz - es kann davon ausgegangen werden, daß die Schere zwischen denen, die 'wissen' und denen, die 'nicht wissen' immer weiter aufgeht, d.h. die Kompetenten werden immer kompetenter und die Inkompetenten immer inkompetenter.

Heute werden die Inhalte biologischer, psychologischer, soziologischer und ökologischer Kompetenz diskutiert. Für den Bereich der ökologischen Kompetenz sei kurz angerissen: Problemlösungen, die ihren Ansatz haben bei den Verhältnissen, den äußeren Umständen, in denen Menschen leben, sind Möglichkeiten, die auch bei aller Weiterentwicklung der Technik (etwa orthopädische und visuelle Hilfsmittel, Wohnungs-,

Straßen-, Autobau (usw.), nur endlich sind. Die Sicht nur auf diese Möglichkeiten vermindert Bewältigungs- und damit Lebenschancen und die Wirklichkeit einer Behinderung kann so verdrängt, oder,durch die Gesellschaft, tabuisiert werden.

Die heute vorhandenen Probleme im ökologischen Bereich haben wohl etwas damit zu tun, daß der Mensch seine Kompetenz des Machens überbewertet hat. Machen hat es mit äußeren Objekten zu tun, die kein Eigenrecht haben, die verfügbar gemacht werden können ohne auf sie selbst Rücksicht nehmen zu müssen.

Kompetenz soll implizieren den Weg des Handelns in bezug auf sich selbst und aufeinander. Die Person setzt sich ins Benehmen mit etwas, das von ihrer eigenen Art ist. Insofern ist immer Kompetenz als kristallines Wissen oder individuelle Substanz, wenn auch womöglich in abgestufter Wertigkeit, vorhanden.

Das Idealbild des kompetenten Menschen wäre das Individuum, das sich selbst in seiner Umwelt begreift.

DÖRNER (1974) ordnet unter dem Oberbegriff 'Kognitive Strukturen' die Organisation des menschlichen Wissens der epistemischen, die erworbenen Strategien und Operationen der heuristischen Struktur zu.

Der Mensch erwirbt sein Wissen durch Erfahrung und es wird als kristallines Wissen in einer bestimmten (epistemischen) Struktur gespeichert. Wissen ist nicht gleichzusetzen mit Intelligenz und diese nicht mit Kompetenz, da soziale Bezüge mit zu fassen sind. Bei für das Individuum 'neuen' Ereignissen/Situationen wird das vorhandene Wissen abgerufen. Flüssige Strukturen übernehmen die Neuorganisation (heuristi-

sche Strukturen). Das Individuum bewältigt also ständig und müßte damit auch in der Lage sein, selbst einzuschätzen, welche Kompetenzen für die Bewältigung einer bestimmten Situation zur Verfügung stehen: Kompetenz ist die Fähigkeit, Lebenssituationen durch entsprechende Strategien zu bewältigen, wozu epistemische und heuristische Kompetenzen erforderlich sind (DÖRNER 1974).

Wenn ein aktives Herangehen erfolgt, dann doch bei den meisten Menschen nur, wenn sie annehmen, mit der Aufgabe fertig zu werden. Doch nimmt ein Individuum auch einen Anspruch auf, ist motiviert, trotz zu erwartender Ineffektivität, wenn für erwartete Probleme Erfahrungen gesammelt werden können, damit Strategien zu ihrer Bewältigung zur Verfügung stehen. Herausforderung ist also Stimulus für aktive Auseinandersetzung in einer gegebenen Situation. Unterschiede zwischen den Personen ergeben sich einmal daraus, daß immer wieder neue Situationen auftauchen für das einzelne Individuum, jedoch unterschiedlicher Quantität und, folgernd, Kompetenzen unterschiedlich ausgebildet werden. Das heißt jedoch auch, wenn der motivierende Einfluß gesehen wird, daß der Aufforderungscharakter einer Situation hoch sein muß um diese dynamische Komponente auszulösen.

Die vorhandenen Erfahrungen im Umgang mit Kindern erhöhen die Kompetenz der Mutter im Umgang mit dem behinderten Kind. Auch haben sie natürlich entlastende Funktion. Erfahrung mit Behinderten vor Eintritt des kritischen Lebensereignisses erhöhen die Kompetenz zusätzlich.

Die Entwicklung von Strategien ist ein kognitiver Vorgang, ihre Brauchbarkeit wird in Handlungen über-

prüft auf Kongruenz zwischen Ist- und Soll-Zustand, schließlich eingeübt, so daß sie automatisch ablaufen können. Damit wird die Person entlastet bzw. hat freie Kapazitäten für den Aufbau neuer oder effektiver Strategien. Sie kann, bei Herstellung von Kongruenz, die Situation meistern, muß sich also nicht in einen Bewältigungsprozess einlassen. In den bekannten Bewältigungstrainings wird dieses Ziel verfolgt (s. BAADE et. al., 1980).

Entscheidend für die kognitive Entwicklung ist die perzeptive Wahrnehmung einer sozialen Situation, die nicht unabhängig von Beurteilungsprozessen über die Wichtigkeit des Geschehens für die wahrnehmende Person 'passiert'. Tatsächlich wird Wesentliches, für die Person Werthaftes sehr schnell erfaßt, wobei biographische Erfahrungen und sprachliche Übermittlungen Einfluß auf den Wahrnehmungsprozeß haben.

Daraus folgt jedoch auch, daß mögliche Wahrnehmungen nicht, oder nur partiell genutzt werden. So wird etwa einem Behinderten Hilfe geleistet, weil dieses sozial erwünscht ist. Die Person, die spontan oder auf Anweisung einem behinderten Menschen Hilfe leistet, hat Kompetenz für diese Leistung erworben. Ob sie damit bereits die Interaktion mit einem behinderten Menschen bewältigt hat, bleibt fraglich. Sie sieht sich selbst als hilfsbereit und stellt sich anderen auch so dar. Sie ist subjektiv entlastet, da durch ihre Leistung das objektive Ziel erreicht wurde. Nicht der behinderte Mensch war Fokus, sondern der soziale Kontext leitete die Perzeption und die kognitive Verarbeitung.

Gemeinsam ist den beiden Konzepten Kompetenz und Coping die Entwicklung aus der Interaktion und die

resultierende Wirksamkeit. Kompetenz kann ohne Selbstbetroffensein eingesetzt werden, Coping als aktiver Bewältigungsvorgang ist ohne Selbstbeteiligung nicht möglich.

Es wird auch gesagt 'die Person ist kompetent', während für Copingvorgänge nicht eine Zuschreibung als 'Eigenschaft' erfolgt, sondern als dynamischer Prozess - 'die Person wird damit fertig'.

Im Konzept der Kompetenz ist immer an Erfolg gedacht, also die Entwicklung zum Besseren, Effektiverem, Das Konzept des Coping stellt die Effektivität für die Integrität der Person in den Vordergrund und läßt auch Illusionen, Projektionen usw. zu.

Demzufolge wird kompetentes Verhalten intentional eingesetzt, u.U. muß die Aktion danach bewältigt werden, um emotionalen Ausgleich für die Person zu schaffen.

Durch Kompetenz können andere beeindruckt, beherrscht, überzeugt werden und sie hat dadurch Belohnungswert für die Person. Doch muß nicht für alle Ereignisse kompetentes Verhalten oder Wissen zur Verfügung stehen, während Bewältigung erfolgen muß und nur 'effektives' Coping im Resultat mit Kompetenz begründet wird. Erfolgreiches Coping erhöht wiederum die Kompetenz der Person. Coping und Kompetenz entwickeln sich prospektiv aneinander.

So werden Eltern, die Erfahrungen mit Behinderten haben, kompetenter sein im Umgang mit ihrem Kind. Doch auch Eltern ohne spezifische Erfahrungen werden einen in der aktuellen Bewältigungssituation

höheren Grad an Kompetenz im Umgang mit behinderten Kindern erreichen als Eltern, die diese Situation nicht oder nur aus der Distanz wahrnehmen. Allgemein werden beide Elterngruppen durch die höheren Anforderungen des Umgangs mit ihren behinderten Kindern kompetenter werden im Umgang mit schwierigen Situationen.

Die oft geäußerte Ansicht, daß Eltern, die wenig an Schwierigkeiten hatten bis zur Geburt des ersten Kindes, diese Situation problemloser bewältigen, sollte revidiert werden. Eltern, die schwierige Situationen gemeinsam bewältigt haben, verfügen über größere Ressourcen als solche, bei denen bisher alles 'glatt' ging (BRÜDERL, 1982).

Bei Letzteren dürfte das Ereignis, wenn vom kritischen Lebensereignis ausgegangen wird, Geburt des ersten - auch gesunden - Kindes wesentlich kritischer sein.

Von diesen Überlegungen ausgehend, könnte schon von einer "generellen Bewältigungskompetenz" gesprochen werden. Es stehen für Krisensituationen Ressourcen zur Verfügung, völlig neue Situationen sind extrem selten. Für den Einsatz der Copingstrategien muß die Person allerdings kompetent sein im Absuchen ihres kristallinen Wissens und kompetent sein im Herausfinden des relevanten Wissens und der Anwendung bzw. Umsetzung in die Situation.

Für diese Arbeit kann epistemische Kompetenz als Ressourcen über und Erfahrung mit bestimmten Tatsachen definiert werden. Verbindungen zwischen den damaligen Erfahrungen,dem heutigen Ereignis und er-

warteten zukünftigen Ereignissen können hergestellt werden; nach LAZARUS (1979) "antizipatorische Bewältigung"benannt. Der Mensch weiß, was er weiß.

2.1.2. Lerntheoretische Aspekte

BOLLES R. (1972) sieht Erfahrungen im Gedächtnis repräsentiert als Erwartungen. Zu klären wäre, wieviel Lernen (Erfahrung sammeln) erforderlich ist, damit eine Erwartung entsteht. Die Klärung dieser Frage ist wichtig, wenn es darum geht, Defizite zu beseitigen bzw. präventiv zu erarbeiten. BOLLES nimmt an, daß Erwartungen bei wiederholtem Auftreten einer Kontingenz an Stärke zunehmen. Je häufiger also ein bestimmtes Ereignis aufgetreten ist, umso mehr Repräsentationen existieren davon im Gedächtnis. Solange die Diskrepanz zwischen der Lernerfahrung und der neu hinzukommenden Information einen "kritischen Wert" nicht übersteigt, bewirkt das Sammeln der Erfahrung eine weitere Verstärkung dieser.

Damit ist aber auch die Annahme gekoppelt, daß Erwartungen umso weniger leicht geändert werden können, je stärker sie sind, bzw. brauchen sie, um verändert zu werden, eine stärkere Krise, damit kristallines Wissen abgerufen werden kann.

Die Lerntheorie geht davon aus, daß wesentliche Teile unserer Handlungsweisen erfahrungsgesteuert sind (LEMPP 1973). Die Erfahrungssteuerung entstehe durch den Lernvorgang vom "ersten Lebenstage an"

und die "Erfahrungsleistung" sei abhängig von der "reinen Lernfähigkeit" (S. 15-29).

In der Verhaltensgleichung von KANFER & SASLOW (1969) versteht WEISS (1969) unter der O-Komponente eine intervenierende Variable, die zur besseren Erklärung der Zusammenhänge zwischen Reiz und Reaktion dient. Sie umfaßt die durch Erfahrung gebildeten, relativ überdauernden habituellen Merkmale (entsprechend dem kristallinen Wissen) des Individuums, darunter auch das Insgesamt bisheriger Lernerfahrung. Diese intervenierende Variable ist in ihrer Mittlerfunktion durch innere und äußere Anforderungen, die an das Individuum herangetragen werden, Umformungsprozessen ausgesetzt.

Im Rahmen der Stressforschung geht Mc GRATH (1981 S. 444) davon aus, daß "vorangegangene Erfahrungen im Sinne der Vertrautheit mit der Situation, früherer Begegnung mit der Stressorbedingung und/oder übungs- oder trainigssituationsbezogenen Bewältigungsverhaltens den in einer gegebenen Situation entstehenden Grad des subjektiv erlebten Stress beeinflussen oder die Reaktionen auf diesen Stress modifizieren". Das Individuum setzt sich mit den Anforderungen der Situation auseinander, sucht seine bisherige Erfahrung retrospektiv ab, vergleicht die vorhandenen Fähigkeiten mit den Anforderungen und geht prospektiv in den Bewältigungsprozeß. Dissonanz, als unangenehmer Zustand, soll beendet werden. Die Reduktion von Dissonanz ist nicht gleichzusetzen mit der Entwicklung des Individuums durch Coping.

Kognitive Dissonanz wird als handlungshemmender Konflikt erlebt. Ihre Reduktion zielt auf Abbau von Ambiguität - es liegt ein Zuviel oder Zuwenig an Informationen über Anpassungsnotwendigkeit und/oder Schwierigkeit vor. Es ist möglich, dissonanzmindernde kognitive Praktiken einzusetzen, ohne dieses als Belastung zu erleben. Oder es wird die Dissonanz wahrgenommen als Anreiz zur Bewältigung der induzierenden Situation. Reduktion von Dissonanz ist also kein Endziel an sich. Wobei ohnehin zu fragen ist, wie Dissonanz festgestellt werden kann. Dissonanz führt zu Dissonanzreduktion und umgekehrt wird auf das Vorliegen von Dissonanz geschlossen bei Anwendung von Reduktionsmechanismen. Es kann hier nicht weiter darüber diskutiert werden, ob hier eine Tautologie vorliegt.

Erfüllen die Copingstrategien, etwa auch als kompensierende Aktivitäten, nicht die Erwartungen, stößt die sich daraus ergebende emotionale Belastung weitere Bewältigung an. Das Individuum nimmt an, daß es bessere Wege zur Zielerreichung gibt. Nichteintritt der Erwartung ist Signal für Coping.

Vielfach wird Erfahrung synonym mit "Information" gebraucht, so ist das Verhalten einer Person bei DANISH & D'AUGELLI (1981,S.168) vom "ereignisbezogenen Wissen" einer Person abhängig. Ähnlich argumentiert WATZLAWIK (1972, S.31): "Die Erkenntnis, daß Information über einen Effekt, die dem Effektor in geeigneter Weise zugeführt wird, die Umweltanpassung und innere Stabilität des Effektors sichert, hat ... völlig neue Einsichten in das Wirken sehr komplexer Systeme eröffnet."

Da durch Lernen/Information bestimmte Erwartungen für eine bestimmte Situation bereitgestellt werden, wird diese 'Erwartung' im Experiment meist durch Ankündi-

gung eines Ereignisses, das kognitive Prozesse auslösen soll, operationalisiert. Es muß gefragt werden, w e l c h e kognitiven Prozesse ablaufen werden.

Möglich ist dieses eigentlich nur, wenn Erwartungen als traits und nicht als states (spezifische variable, individuelle Zustände) aufgefaßt werden. Wenn von universellen Persönlichkeitsmerkmalen (traits) ausgegangen wird, können Erwartungen induziert werden, indem durch verschiedene Instruktionen in einer Gruppe hohe, in der anderen Gruppe geringe Erwartungen hervorgerufen werden.

Diese Annahme ist zu kritisieren - eine universelle Gleichheit gibt es nicht. Auch dann, wenn die experimentellen Bedingungen kontrolliert werden um Unterschiede zwischen den Personen herauszufinden, sind die an dem Experiment teilnehmenden Personen in ihren Denk- und Reaktionsmechanismen nicht zu kontrollieren. Eine Interpretation von Ergebnissen solcher experimenteller Manipulationen wird schwierig sein, da Kognitionen als unbeobachtbare und nicht nachprüfbare Zwischenglieder in den Reaktionssequenzen behandelt werden müssen.

Das Konzept der Erwartung muß im Zusammenhang dieser Arbeit nur insoweit diskutiert werden, als es durch den Erfahrungsaufbau für die Bewältigung einer nichtnormativen Situation bedingend ist. Die etwa von KRAMPEN (1982) vorgenommene synonyme Verwendung der Begriffe 'Erwartung' und 'Kontrollüberzeugung' ist nicht anwendbar. Wenn Erwartung ein Grundmerkmal zielgerichteten Verhaltens ist (TOLMAN 1967), bedingt durch die subjektive Wahrscheinlichkeit, daß ein bestimmter Verstärker erhalten wird (ROTTER 1972) so stimmen in dieser Untersuchung die Erwartungen nicht überein mit dem antizipierten Ereignis, das Erfahrungsrepertoire

stellt zur Situationsbeurteilung evtl. nichts oder zu wenig an Erfahrung zur Verfügung, eine Änderung oder Meidung des Zustandes ist nicht möglich, Erwartungen sind als Verstärker nicht vorhanden.

2.1.3. Erwartung durch Erfahrung

Empirische Erfahrungen und daraus resultierende Erwartungen sind nicht Selbstzweck, sondern Mittel, um Ursachen und Auswirkungen eines Problembereiches zu analysieren. Darin unterscheidet sich der Wissenschaftler nicht von dem Menschen, den er in den Mittelpunkt seiner Beobachtungen stellt. Beiden gemeinsam ist die Bestätigung ihrer Erwartung, die durch Erfahrung fundiert ist.

FILIPP (1984) definiert Erfahrung als Resultat menschlicher Informationsverarbeitung. Sie nimmt also an, daß Erwartungen erst nach diesem Prozeß aufgebaut werden können. Ähnlich argumentiert MARKUS (1977), die davon ausgeht, daß nur die Information, die in das Selbstschema aufgenommen wird, der Person bei der Bewältigung ähnlicher Ereignisse bzw. der Assimilierung bedrohlicher Situationen hilft.

Erwartungen entstehen so aus den wiederholten Erfahrungen der Person, die bis zu einem gewissen Grad auch durch soziale Partner weitergegeben werden können. Die Frage, ob ein Mensch Erfahrung 'machen' muß oder sie ihm durch Medien übermittelt

werden kann, ist wohl dahingehend zu beantworten, daß individuelle Erfahrung besser wahrgenommen und verarbeitet werden können. Doch ist es unmöglich, alle Erfahrungen, aus denen Erwartungen aufgebaut werden, selbst zu machen. In manchen Fällen kann durch Simulation Erfahrung vertieft werden (fahren eines Gesunden im Rollstuhl, arbeiten ohne Brille, wenn die Person auf diese angewiesen ist usw.).

Für die Bewältigung bereits alltäglicher Anforderungen sind vorhandene Erwartungen nützlich; sie erleichtern dem Individuum das Dasein, können jedoch auch zu Fehleinschätzungen führen. Die Erwartung, die mit der Norm übereinstimmt, ein gesundes Kind zu haben, behindert Erfahrungen mit kranken Kindern, d.h., die Möglichkeit zum Erfahrung 'machen', wird nicht wahrgenommen.

Durch die unzureichende Erfahrung und die normgeprägte Erwartung werden andererseits überhöhte Erwartungen an Rehabilitationsmöglichkeiten und das Können von Ärzten und Therapeuten aufgebaut.

Erwartungen sind stabil, diese Erfahrung machen alle, die Eltern mitteilen müssen, daß ihr Kind behindert ist. Auch bei einer gut übermittelten Diagnose, also einer nicht nur sachlichen Aufklärung, wird von den Eltern alles getan, um der Diagnose widersprechende Elemente aufzuzeigen. Etwa wird betont, daß sich das Kind im häuslichen Bereich anders verhalte als hier im ungewohnten Milieu, es nur eben jetzt indisponiert sei usw.

Nicht selten suchen Eltern auch andere Fachleute auf um ihre Erwartung zu bestätigen, daß die Diagnose nicht stimme oder zumindest Hilfe oder Heilung möglich ist. Erst in dem Prozeß der Erfahrung mit dem Kind 'lernen' die Eltern die Diagnose und sind in der Lage, ihre Erwartungen zu revidieren.

Heute sind Behinderte nicht mehr aus dem öffentlichen Leben verbannt und in immer neuen moralischen Beteuerungen wird ihr "ich bin wie Du" bestätigt. Doch die Haltung der Gesellschaft ist irrational, wird etwa eine Einrichtung für, vor allem geistig, Behinderte in Wohngebäudenähe errichtet, hagelt es Proteste. Solche Erfahrungen haben Eltern zumindest über Medien gemacht und neben die Reduzierung ihrer Erwartungen an das Kind treten die, weit in die Zukunft projizierten, ängstlichen Erwartungen über das Verhalten der Mitwelt.

Diese Erwartungen führen auch dazu, daß Eltern die Behinderung ihres Kindes vor der Umwelt 'verstecken'. Damit erhöhen sie die Unsicherheit der Mitmenschen und tragen so selbst dazu bei, daß Kontakte erschwert und Verstehensschwierigkeiten aufgebaut werden.

Mit FILIPP (1984) kann Erfahrung als Resultat menschlicher Informationsverarbeitung definiert werden. Nicht möglich ist es, im Sinne der einseitigen Traiteorientierung globale, situationsübergreifende Bewältigungsstile anzunehmen. Das

Interesse gilt dem prozessualen Geschehen, dem situations- und bereichsspezifischen Verhalten. In diesem prozessualen Geschehen wird es der Person möglich, sich mit antizipierten zukünftigen Implikationen eines Zustandes auseinanderzusetzen.

Information, die nicht in das Selbstschema aufgenommen wird, hilft der Person nicht bei der Bewältigung ähnlicher Ereignisse (vgl. MAKRUS 1977) bzw. der Assimilierung bedrohlicher Situationen.

2.2. Kritische Lebensereignisse

Ist die Geburt eines Kindes ein kritisches Lebensereignis? So ist die Frage sicher nicht zu beantworten - doch ist das Zugehen auf dieses Ereignis - die gedankliche Vorwegnahme, die Auseinandersetzung mit körperlichen Problemen, mit dem Partner, der beruflichen Laufbahn etc. - eine kritische Phase. Die Geburt wäre dann der Höhepunkt der Krise, es muß, oder, es kann, endlich, gehandelt werden.

Von einem Ereignis wird immer dann gesprochen, wenn das Gefüge der Bedingungen auf die aktuelle Situation zentriert, die Zeitachse eingeschränkt ist.

Im Lebenslauf eines Menschen ist ein Ereignis nicht isoliert zu erfassen, es existieren immer vorlaufende

und nachfolgende Bedingungen. Die Qualität und die Funktion eines Ereignisses ist im subjektiven Erleben des Individuums bestimmt durch Lebenserfahrung (retrospektiv) und Lebenserwartung (prospektiv). Die Belastungswirkung eines Ereignisses kann zur Krise führen oder eine Störung auslösen, auf die reagiert und damit das Erfahrungsrepertoire ausgebaut, die Kompetenz erhöht wird. Den dynamischen Aspekt zur Beschreibung menschlicher Existenz drückt das Wort Lebens l a u f aus; was sich bewegt, verändert sich, da es bereits durch die Bewegung unterschiedlicher Stimulation ausgesetzt ist. Aus diesem Grund ist der Begriff 'Lebenslauf' dem der 'Lebensspanne' vorzuziehen, da er den Prozeßcharakter der Lebenstätigkeit abbildet.

So stellt OLBRICH (1981, S.123) dem Ereignisbegriff den Prozeßbegriff gegenüber und diskutiert die Geschehnisse innerhalb des Lebenslaufes unter dem Aspekt "Krise oder Störung vs. Entwicklungsreiz und Wachstum".

Die Geburt eines Kindes ist ein Ereignis, festgelegt auf Stunde und Minute. Doch geht dem Ereignis eine lange Entwicklung voraus, das Ereignis ist zu antizipieren und ist nicht mehr vermeidbar oder zu ändern. So ist die Geburt eines Kindes sowohl ein Markierungspunkt als ein Prozeß, der mit der Geburt nicht beendet ist (DANISH, SNYDER & NOWAK, 198o).

FILIPP (1981 S.V) konzipiert kritische Lebensereignisse "als eine globale deskriptive Kategorie zur Strukturierung von Lebensläufen" und sieht die Aufgabe der Entwicklungspsychologie in der Beantwortung der Frage, wie sich das einzelne Individuum mit diesen auseinandersetzt, welche interindividuellen Unterschiede es, auch in der zeitlichen Erstreckung und unter den verschiedenen Bedingungen, gibt.

Kritische Lebensereignisse sind raumzeitlich lokalisierbar, wobei sie nicht "plötzliche Zäsuren", sondern eine 'punktuelle Verdichtung eines vorlaufenden Geschehens' und auch des nachfolgenden darstellen. Sie sind emotional bedeutsam für das Individuum, "weil sie mit zentralen, zumindest subjektiv wichtigen Handlungszielen der Person interferieren und/ oder weil sie in Beziehung zu wesentlichen Aspekten der subjektiven Welt- und Selbstsicht stehen" (FILIPP 1982, S.16o).

PETERMANN (1979) geht von der Äquivalenz der Begriffe "Kritisches Lebensereignis" und "Intervention" aus.

Der Begriff 'Intervention' in seiner Bedeutung 'Dazwischentreten', 'Einspringen', 'Vermitteln', ist reserviert für das Gesamt der Bemühungen der Menschen an sich selbst oder anderer Personen an sich. Doch kann der Annahme PETERMANNs insofern gefolgt werden, wenn nicht ein genereller Ansatz verfolgt oder auch,wenn im globalen Geschehen, etwa einer Schwangerschaft, eine Fülle von 'vermittelnden' Reizen angenommen wird, die dem Individuum die Möglichkeit eröffnen das Geschehen zu 'bearbeiten'.

Am fiktiven Beispiel der Geburt eines Kindes zeigt PETERMANN, daß in bestimmten Phasen der Schwangerschaft, die sich im zeitlichen Verlauf identifizieren lassen, Veränderungen vollziehen, bzw. Interventionen stattfinden, die durch die Schwangerschaft selbst ausgelöst werden. Also Interventionen, die als Entwicklungsreize fungieren und Anforderungen an das Individuum stellen. In dieser Phase des "Überganges" (OLBRICH 1981) ist offen, in welche Richtung die Veränderung des Individuums geht.

Mit Sicherheit ist eine Schwangerschaft ein für das Individuum neues Erleben, das wesentlich aufmerksamer wahrgenommen wird. PETERMANN nimmt an, daß das Individuum gezwungen wird die schwangerschaftsbedingten Interventionen aufzunehmen und zu bearbeiten. Doch können immer wieder Fälle der Verleugnung der Schwangerschaft beobachtet werden. Auch kann bei Komplikationen während der Schwangerschaft versucht werden, zu bagatellisieren - die Umwelt hilft in der Regel dazu.

Etwasehen HAMBURG & ADAMS (1967) Selbsttäuschungen als Möglichkeit der Bewältigung für Situationen oder Ereignisse, in denen man nur wenig oder nichts tun kann. PRYSTAV (1979) erwartet Ausweich- oder Vorbeugungsverhalten bei der Antizipation eines kritischen Lebensereignisses, wobei schon für die Mutter eines gesunden Kindes eine "antizipatorische Sozialisation für diese Zeit so gut wie ausgeschlossen sei" (OLBRICH 1982, S. 332).

Wenn Schwangerschaft, Geburt, 'ein Kind zu haben', kritische Lebensereignisse sind, ihre Antizipation fast keine Möglichkeiten zur vorweggenommenen Bewältigung geben, dann ist es erstaunlich, daß noch immer Kinder geboren werden, noch dazu in einem Zeitalter maximaler äußerer Bedrohungen. Die Bemühungen sollten dahin gehen, dem Menschen zu helfen, offensichtlich vorhandene Ressourcen einzusetzen.

So nimmt FILIPP (1982) an, daß Vorerfahrung und Entwicklung von Copingstrategien hilfreich sind. Auch in Situationen, die das Individuum überfordern, muß es nicht zum kritischen Geschehen mit für das Individuum ungünstigem Ausgang kommen. Sie nimmt an, daß so, trotz Überforderung, eine Einschränkung der eigenen Stimmungslage und des Selbstbildes verhindert werden kann.

Wie sehr das Konzept "kritische Lebensereignisse" vom Krisenbegriff mit für die Person unglücklichem Ausgang behaftet ist, zeigt sich bei vielen Autoren; etwa gehen BELSCHNER & KAISER (1981) davon aus, daß der Eintritt kritischer Lebensereignisse zu verhindern sei. Sie sehen es als eine wichtige Aufgabe primärer Prävention, Individuen möglichst früh und möglichst umfassend dazu zu befähigen, den Eintritt kritischer Lebenssituationen selbst zu verhindern und/oder mit unvermeidlichen, dennoch eintretenden kritischen Lebenssituationen möglichst konstruktiv umzugehen und diese zu bewältigen. Bestreben ist es, durch vorhandenes Wissen/Erfahrung (epistemische Strukturen), das Krise oder Störung auslösende Ereignis einzuordnen und folgerichtig zu bewältigen (heuristische Strukturen) zur Wiederherstellung des dem Ereignis vorangehenden Zustandes. Offensichtlich wird hier nicht an eine Neueinstellung des Systems gedacht, also die Möglichkeit einer Entwicklung, sondern an die Wiederherstellung eines vorhergehenden Zustandes. Wissen wird koordiniert im Dienste der Anpassung und der (kritischen) Erwartungsreduktion. Bei einem Ereignis, das eine längere Lebensspanne einnimmt bzw. begleitet, ist diese Annahme ohnehin nicht brauchbar. Schließlich kann nicht in Sorge davor, ein behindertes Kind zu haben, die Produktion von Nachwuchs eingestellt werden. Die Anforderung kann auch angenommen und versucht werden, die "widerständige Situation abzuarbeiten" (FILIPP, mündliche Mitteilung).

Unter dem Gesichtspunkt der Prävention ist auch daran zu denken, daß unter Umständen ein Ereignis, das n i c h t eintritt, wesentlich 'kritischer' für eine Person sein kann.

Bericht DEUTSCHES ALLGEMEINES SONNTAGSBLATT (1984): "Die Kasse muß zahlen; das Gericht hat entschieden. Und wenn auch der Erfolg der ärztlichen Kunst diesmal ausblieb und kein 'Retortenbaby' heranwuchs - die Krankenkasse muß die Kosten, DM 8.7o6,--, übernehmen; denn Unfruchtbarkeit, so entschied das Landgericht in Fürth, sei eine Krankheit, weil die aus der Sterilität folgende Kinderlosigkeit einen Zustand darstelle, der "erheblich von der durch das Leitbild des gesunden Menschen geprägten Norm abweicht".

Die Geburt eines behinderten Kindes kann nur partiell als Nichterfüllung eines Ereignisses gesehen werden, angesiedelt zwischen den Polen der Versagung und der Erfüllung in die sich Wünsche und Schicksale des Individuums einordnen lassen (THOMAE 1968).

Für diese Arbeit wird ein kritisches Lebensereignis in der entwicklungspsychologischen Perspektive gesehen. FILIPP (1981, S. 8) schreibt der Konfrontation mit kritischen Lebensereignissen eine "notwendige Voraussetzung für entwicklungsmäßigen Wandel" und nicht a priori eine potentiell pathogene Wirkung zu.

Die Zuschreibung von non-normativ wird von FILIPP zur Abhebung von altersnormierten Ereignissen gebraucht; in dieser Arbeit soll als "Norm" die Geburt eines gesunden Kindes, in time - gesehen werden und damit als non-normatives Ereignis die Geburt eines behinderten Kindes - in time.

Die Geburt eines behinderten Kindes ist ohne Zweifel ein kritisches Lebensereignis, das sich vom normalen Ereignisstrom des Lebens abhebt und die Lebenslage verändert (MONTADA 1981). Dieses gilt auch für die Geburt eines gesunden Kindes - alle Eltern wachsen an dieser Aufgabe und verändern sich. Alle Eltern müssen sich auf die neue Situation einstellen und

können es nicht in einer einmaligen Problemlösungsaktion erreichen, sondern in einer prozessualen Auseinandersetzung über die Zeit in Abhängigkeit von den Anforderungsproblemen. Doch kann bei der Geburt eines gesunden Kindes nur ungleich schwieriger eruiert werden, welche Erfahrungen oder Nicht-Erfahrungen den Prozess beeinflussen.

Auch ist es eben ein "normales und glückliches Ereignis" (HELMRATH & STEINITZ 1978, S.786), das krisenhafte Sequenzen hat, das Passungsgefüge zwischen Person und Umwelt (FRENCH 1978) ist vorübergehend gestört. Bei der Geburt eines kranken Kindes ist dieser Prozeß behindert.

2.3. Bewältigung (Coping)

Coping werde immer dann eingesetzt, "wenn habitualisierte Verhaltensprogramme nicht mehr greifen". Es ist ein Prozeß, der "sich nicht auf nur Bewältigung, sondern auch auf die Weiterentwicklung von Verhaltensprogrammen" richte (OLBRICH 1984, S.34). Innerhalb der Entwicklung des Individuums werde, wenn das Copingkonzept an zentrale Stelle gerückt werde, der Akzent von der Krise oder dem Konflikt auf die Bewältigung verlagert. Coping sei auch die Chance zu "produktiver Bewältigung" d.h. "die Möglichkeit des Gelingens der Verarbeitung".

Es ist versucht worden, Bewältigungsprozesse in einzelne Stadien aufzuteilen; ähnlich dem allgemeinen Adaptationssyndrom (SELYE 1956) wurden Phasen im Verlaufe der Zeit entwickelt. So wird von DROTAR et.al. (1975) angenommen, daß es in den normativen Anfor-

derungen zu einer allmählichen Adaptation (umfassend Assimilation und Akkomodation) kommt. Auch bei überkritischen, non-normativen Ereignissen komme es nach Durchlaufen mehrerer Phasen - Schock - Leugnung - Trauer und Wut - Gleichgewicht - zur Reorganisation.

Keine Aussage allerdings wird darüber gemacht, in welchem Zeitraum diese Phasen durchlaufen werden, vor allem nicht darüber, wann eine Anpassung - wie immer diese aussehen mag - erfolgt. SILVER & WORTMAN (1980) haben in ihren Untersuchungen festgestellt, daß es durchaus auch Personen gibt, die diesen Zustand nicht erreichen. Allerdings wird die Situation, ein behindertes Kind zu haben, in dieser Untersuchung nicht geprüft.

Im Konzept der "Frustrationstoleranz" von ROSENZWEIG (1944) wurde davon ausgegangen, daß bestimmte belastende Ereignisse ertragen werden müssen. Mit dem Problem etwa, sich bei einer tödlichen Krankheit mit dem Sterben abzufinden, hat sich KÜBLER-ROSS (1969) beschäftigt. Eine Bewältigung sieht sie in dem Aushalten oder Tolerieren dieses Zustandes, dabei aber zu erreichen, daß die Person handlungsfähig bleibt.

2.3.1. Biographisches Konzept

THOMAE (1968) hat den Begriff der "Daseinstechnik" eingeführt als einen "Kunstgriff der menschlichen Natur zur Ermöglichung des Daseins" (S. 334). Er will darunter nicht eine vorrangig rationale Struktur verstanden wissen, es sollen in diesem Begriff auch relevante unbewußte Mechanismen, wie Verdrängung,

Identifikation, auch "irrationale" Verhaltensweisen wie "Aggression" oder "Bewegungssturm" ebenso, wie bewußt eingesetzte Formen des Coping, verstanden werden.

Sowohl von THOMAE als auch von anderen Autoren scheint der Begriff Coping eher auf zeitlich begrenzte Situationen oder Interaktionen zuzutreffen, während der Begriff Daseinstechnik eine längere Lebensabschnitte begleitende Form der Daseinsbewältigung beschreibt. Auch scheint es so, daß ein bestimmter Copingprozeß für diese Situation zur Verfügung steht, während bei den Daseinstechniken durchaus davon ausgegangen wird, daß nur das Zusammenspiel, der für ein befriedigendes menschliches Leben erforderlichen Techniken, eine "Bewältigung" belastender Situationen ermöglicht, d.h. der Ausfall anderer Daseinstechniken kann durchaus zu einer mißlingenden oder unmöglichen Bewältigung führen. (THOMAE 1953).

Sowohl Coping als Daseinstechniken sind abhängig von der Erfahrungsgeschichte des Individuums. Es kann auch gesagt werden, daß die Wahrnehmung von belastenden Ereignissen sozial vermittelt ist. Das Ereignis 'Geburt eines behinderten Kindes' ist, ohne sich um Gewichtung bemühen zu müssen, eindeutig ein belastendes Ereignis sowohl für die Person wie für die Umwelt und die Interaktion Person - Umwelt.

Von der Bewältigungserfahrung der Person im Umgang mit ähnlichen Situationen, der Fähigkeit zu "vorgreifendem Schmerz" (RANDO 1983), der Beobachtung von Bewältigungsverhalten anderer in solchen Situationen, dürfte es abhängen, welche Bewältigungskompetenz die Person erworben hat.

2.3.2. Kognitionspsychologisches Konzept

LAZARUS (1974), der zuerst Coping vorwiegend auf bedrohliche Situationen bezog, hat dann seine Definition ausgeweitet auf alle Anstrengungen, die eine Person auf sich nimmt, wenn die Anforderungen für sie bedeutsam sind und ihre adaptiven Möglichkeiten herausfordern.

Damit betont LAZARUS, daß emotionale Vorgänge von Bedeutung sind, daß sowohl negative als auch positive Möglichkeiten eingeschlossen sind, ein fließender Übergang zwischen Problemlösen und Coping besteht und schließlich, daß die adaptiven Aufgaben nicht routinemäßig oder automatisiert erfolgen.

Entscheidend für Antizipation und Bewältigung sei (LAZARUS und LAUNIER 1978), ob die Personen selbst Veränderungen ihrer Lebensumstände bedinge. Die Geburt eines Kindes ist von der Entscheidung der Person abhängig und damit ist diese Konfundierung gegeben, die etwa bei zufälligen Geschehnissen in der Umwelt nicht vorhanden ist.

2.3.3. Neo-analytische Konzepte

Für HAAN (1977) ist Coping ein normatives Verhalten, das kontinuierlich ins rigidere Spektrum der Abwehr oder gar der psychopathologischen Prozesse ("fragmentation") übergeht: "the person will cope if he can, defend if he must, and fragment if he is forced to do so". (S. 42).

MURPHY (1974) als auch LAZARUS (1974) ordnen die Abwehrvorgänge dem Coping als Anpassungsprozesse unter. MURPHY stellt fest, daß Abwehr nur dann pathologisch wird, wenn sie sich auf das Coping hindernd auswirkt. LAZARUS sieht die Unterscheidung unter anderem stimulusbezogen, indem unter für das Individuum wenig bedrohlichen Umständen der Organismus in einer flexiblen, offenen Art reagiert. Dies nimmt HAAN (1977) für Coping an. In für das Individuum bedrohlichen Situationen dagegen treten relativ rigide, primitive, weniger realitätsbezogene Reaktionsformen auf, welche eher HAAN's Definition der Abwehr entsprechen.

Coping zielt auf eine Passung zwischen Person und Umwelt; mit einer Änderung nur der Person oder nur der Situation ist der reziproke Veränderungsprozeß gelaufen.

Für MECHANIC (1974 a) ist Coping eine außengerichtete Fähigkeit, umweltbezogene Anforderungen werden gemeistert, während das innerpsychische Gleichgewicht durch Abwehr eine zeitlang kontinuierlich aufrecht zu erhalten ist. Je stärker jemandes Befähigung zum Coping sei, desto weniger sei er auf Abwehr angewiesen (1974 b). Damit wird wiederum die Unterscheidung von Coping und Abwehr durch HAAN aufgenommen.

2.3.4. Beanspruchung und Bewältigung

Nach einer Zeit der Defektorientierung - das Interesse zielte auf die Behebung der Defekte und die größtmögliche Anpassung des behinderten Kindes - werden heute

die, durch die Belastung der Familie, intendierte Beanspruchung und die darauf folgenden Bewältigungsprozesse in den Mittelpunkt gestellt. In dieser prozeßorientierten Konzeption wird nicht versucht, die Krise allein durch technische oder ähnliche Hilfsmittel zu lösen, was in der Mehrzahl der Fälle nicht gelingen kann. Es wird nunmehr gesucht nach Bedingungen, die sich für die Auseinandersetzung mit der Belastung als günstig erweisen.

Auch ist heute die Annahme, daß sich Fehlhaltungen bei einem solchen endlos erscheinenden Problem folgerichtig entwickeln müßten, weitgehend überwunden.

Bewältigungsprozesse können Situationen nicht immer ändern, doch sind sie, wenn sie dem Gesamt der Entwicklung nicht im Wege stehen, hilfreich (LAZARUS 1981, S. 216): "Deshalb besteht die Funktion von Bewältigungsverhalten nicht nur in einer problemlösenden oder instrumentellen Funktion, sondern auch in der Selbstregulation von negativen emotionalen Zuständen".

LAZARUS sieht also zwei Funktionen im Bewältigungsprozeß: den instrumentellen oder Problemlösungsaspekt (Einwirkung auf die Umwelt oder auf sich selbst) und die Regulierung der emotionalen Reaktionen. Auch dann, wenn eine Situation nicht änderbar ist, helfen kognitive, problemorientierte als auch emotionalpalliative Programme, so sie bei der Person vorhanden sind, zur Bewältigung der sie belastenden Anforderung. Zudem haben die Rückmeldungen der Bewältigungsanstrengungen einen mobilisierenden Effekt.

Es steht also die Belastung der beanspruchten Personen und ihre Bewältigungsbemühungen, nicht der 'Verursacher' im Mittelpunkt.

Den Anteil des Selbst betont FILIPP im "aktiven Prozeß der Abarbeitung widerständiger Situationen", (mündliche Mitteilung) wobei OLBRICH (1982) die daraus resultierende Erweiterung des Verhaltensrepertoires fokussiert als Voraussetzung für eine produktive Entwicklung.

Die Aktivität einer Person sei abhängig von ihrer Erwartung: Ein nicht-erwartetes kritisches Lebensereignis wirke aktivierender als ein zu antizipierendes kritisches Lebensereignis (AMMERMANN 1975). Da der Aufbau von Erwartungen von Erfahrungen abhängig ist, müßten sich Personen mit geringem Erfahrungswissen aktiver verhalten.

Welche Bewältigungsstrategie auch benützt wird - und "bewältigt" wird immer, denn "der Mensch kann sich nicht nicht verhalten" (WATZLAWICK 1972,S. 51) - das Interesse muß den offenen situativen Bedingungen (weil u.U. änderbar), den nicht-genetischen Bedingungen (weil u.U. beeinflußbar) und der subjektiven Betroffenheit/Belastung (weil das Selbst regulieren muß) gelten.

2.4. Theorie des Selbstbildes

Das Selbstbild steht als subjektives Modell dem individuellen Organismus gegenüber - es stellt die "bewußtseinsfähigen emotionalen, motivationalen und kognitiven Repräsentationen der Selbsterfahrung" (BRAUN 1978, S. 1671) dar. Den aktiven Charakter des Selbst betonen SECORD und BACKMAN (1976), klären jedoch nicht, ob sich Selbst oder Selbstbild mit der

Umwelt aktiv oder nur reaktiv, als Folge von Umweltveränderungen auseinandersetzen. Wäre Letzteres der Fall, müßte "das Selbst ein einfaches Abbild der Umwelt darstellen" (BRAUN 1978, S. 1669).

Eine Unterscheidung ist zu treffen zwischen Selbstbild und Weltbild als Repräsentationen der bewußtseinsfähigen Erfahrung des Individuums mit sich selbst als Organismus und mit der Umwelt. Das Weltbild ist funktional betrachtet Bestandteil der Umwelt, strukturell gehört es zum Individuum als subjektives Modell seiner Umwelt.

EPSTEIN (1973) forderte, unter Selbstkonzepten jene Theorien zu verstehen, die eine Person über sich selbst hat. HECKHAUSEN (198o) sieht einen Einfluß inhaltlich präzis umschriebener Selbstkonzepte - sogenannter Selbstschemata - auf die Informationsverarbeitung "Selbstschemata sind generalisierte Niederschläge der Erfahrungen mit sich selbst und sollen selbstbezogene Informationen des jeweiligen Inhaltsbereiches organisieren und leiten." (S. 584)

FILIPP (1984) sieht das Selbstbild bzw. das Selbstkonzept als Inbegriff selbstbezogener Kognitionen und mißt ihm eine wichtige, menschliches Verhalten mitsteuernde Einflußgröße zu. Im Selbstbild wird ein guter Indikator für Veränderungen gesehen.

Den meisten Konzepten zum Selbstbild liegt die Annahme zugrunde, daß sich im Selbst Erfahrungen des Individuums abgelagert haben, deren Gesamtheit das phänomenale Selbst (SNYGG & COOMBS 1961) konstituieren. Es umfaßt alle Teile des Selbst, die das Individuum als Teil seiner selbst oder als Charakteristikum seiner selbst erlebt.

Auch NEWCOMB (1961) oder KELLY (1955) nehmen an, daß das Individuum, ausgehend von der Erfahrung der von ihm wahrgenommenen und interpretierten sozialen Umwelt, sich ein Bild von sich selbst macht. Der subjektive Aspekt in der Wahrnehmung und in der Interpretation im Aufbau des Selbst wird besonders herausgestellt.

BECKMANN (1979) stellt die wesentlichsten Aspekte der modernen Selbstkonzeptforschung folgenderweise dar: "Das Selbstkonzept ist ein hypothetisches Konstrukt der eigenen Person und ihrer zwischenmenschlichen Bezüge. Es ist eine Summe von mehr oder weniger konsistenten Selbstzuschreibungen (Attributionen)" (S.167).

Durch Attributionen will sich der Mensch Sachverhalte erklären und versuchen, sich dadurch die eigene Umwelt und künftige Ereignisse kontrollierbar zu machen. Wenn das Selbstkonzept durch "S e l b s t zuschreibungen" definiert wird, so erscheint das Selbst als eine vorhandene Instanz, deren Handlungsursachen das Individuum zu klären und für die Zukunft zu kontrollieren versucht. Weiter führt BECKMANN aus, daß das Selbstkonzept Anker für jede unbewußte und bewußte Erfahrung sei und durch Erfahrung fortlaufend modifiziert werde. Ein konsistentes Selbstkonzept verleihe einer Person soziale und individuelle Identität. Je nach der Menge der gespeicherten zwischenmenschlichen Erfahrungen kann das Selbstkonzept wenig oder stark differenziert sein.

OERTER (1982, S. 265): "Die persönliche Identität bildet den lebensgeschichtlichen Zusammenhang zwischen den Erfahrungen, die ein Mensch gemacht hat. Sie ist der rote Faden, der sich durch den Strom der Ereignisse hindurchzieht und zugleich der gleichbleibende (eben identische) Brennpunkt, den sich das

Individuum als Selbst konstruiert. Die persönliche Identität ist also auch und vor allem eine kognitive Leistung der Begriffsbildung, weshalb man in der Psychologie neuerdings auch vom Selbstkonzept spricht."

Der Anteil der kognitiven Leistung sollte in der hier untersuchten Wirkung von unabwendbaren kritischen Lebensereignissen auf das Selbstkonzept reduziert werden.

MARKUS (1977) sieht im Selbstschema eine implizite Theorie des Individuums, die es benützt, um sein Verhalten bisher zu erklären und den Kurs des weiteren Lebens zu bestimmen. Selbstschemata seien generalisierte Kognitionen über sich selbst, abgeleitet von spezifischen Ereignissen und Situationen im individuellen Leben. Sie haben einen selektiven Mechanismus, der bestimmt, welche Informationen aufgenommen werden. Vorausgesetzt wird, daß eine Selbstwahrnehmung stattgefunden hat. Die aufgenommene Information ist im Selbstschema kategorisiert oder organisiert und es besteht damit die Möglichkeit, diese Informationen in zukünftigen Situationen anzuwenden. Selbstschemata entwickeln sich und können neue Informationen verarbeiten.

MARKUS geht davon aus, daß bei einzelnen Individuen für bestimmte Dimensionen Schemata vorhanden sind oder auch nicht. In ihrer Untersuchung kann sie nachweisen, daß Personen, die kein Selbstschemata in der spezifischen Dimension ausgebildet haben ("aschematics") sich signifikant von den Gruppen unterscheiden, die solche haben (in ihrer Untersuchung im Bereich Abhängigkeit - Unabhängigkeit).

IRLE (1975) betont die Bedeutung des Selbstkonzeptes, da nur dann kognitive Dissonanz produziert werde, wenn das zugrundeliegende Ereignis einer Hypothese widerspreche, welche von der Person als zu ihrem Selbst zugehörig betrachtet wird. Es kann vermutet werden, daß Informationen aus diesem Grund evtl. nicht, Erfahrungen jedoch Eingang in das Selbst finden.

Da von der Annahme der Aktivierung bei Inkongruenz zwischen Selbst und Ereignis ausgegangen wird, wäre die Zusatzannahme von optimaler Dissonanz (optimal für das jeweilige Individuum und die jeweilige Aufgabe) sinnvoll.

Eine Aquivalenz von Selbst- und Fremdwahrnehmungsprozessen sieht MUMMENDEY (1981, S. 253): "Man kann die Wahrnehmung und Beurteilung der eigenen Person in gewisser Weise in Analogie zur Fremdwahrnehmung und -beurteilung auffassen, indem man sich vorstellt, das Individuum nehme vorübergehend die Position einer anderen, es beobachtenden bzw. beurteilenden Person ein."

FILIPP (1984) führt den Begriff des "internen Selbstmodells" als "Totalität aller gespeicherten selbstbezogenen Informationen" der Person ein. Zusammen mit dem "internen Außenweltmodell" konstituierte es die naive Handlungstheorie der Person.

Es kann der Begriff 'gespeicherte Information' mit dem Begriff 'kristallines Wissen' synonym verwendet werden, wenn die postulierte Organisation mit einbezogen wird (s.unten).

"Das interne Selbstmodell ist als organisiertes Wissen über die eigene Person gedacht. Hierfür werden 'Selbstschemata' als konstituierende Einheiten des

internen Selbstmodells angenommen und wie dieses als hypothetische Konstrukte eingeführt.

Eine Person hat soviel Selbstschemata ausgebildet, wie sie Invarianten in ihrer Selbsterfahrung bzw. in selbstbezogenen Informationen erkannt und konstruiert hat.

Selbstschemata stehen untereinander und mit Umweltschemata in spezifischer Verknüpfung und konstituieren so ein mehr oder minder komplexes strukturelles Gefüge.

Selbstschemata (wie Umweltschemata) gewährleisten die Einordnung von Erfahrungsdaten und vermitteln in dieser Ordnung stiftenden Funktion das Erlebnis personaler Kontinuität und Identität.

Selbstschemata sind potentiell lebenslang einem Wandel unterworfen, solange also selbstbezogene Informationen verabreicht werden. Konstanz oder Wandel von Selbstschemata über die Zeit ist abhängig davon, wie sie den Informationsstrom zu assimilieren vermögen bzw. an veränderte Selbsterfahrungen akkomodieren." (S. 148)

Zusammenfassend: Das Individuum entwickelt in seiner (Lebens-)erfahrungsgeschichte durch die ständige Interaktion mit Personen und Situationen ein Selbstkonzept, welches wiederum interagiert - und damit verändert wird - mit neu einlaufenden Erfahrungen.

Sind Schemata für eine spezifische Situation vorhanden, kann Handlungswissen bereitgestellt werden.

2.5. Stimmungen

Stimmungen können beschrieben werden als emotionale Zustände, die das Individuum wellenähnlich erfassen. Sie drücken die Gesamtbefindlichkeit des Menschen aus und werden "durch aktuelle Erlebnisse wie Bedrohung oder Versagung", und "durch überdauernde Umwelteinwirkungen von anregender oder einschränkender Qualität bestimmt" (NOWLIS 197o, S. 263).

HAMPEL (1971) sieht Stimmungen als "relativ allgemeine temporäre Verhaltenspositionen", die als "Informationsquelle über den augenblicklichen Zustand des Organismus fungieren (S. 41)" Doch beeinflussen augenblickliche und länger anhaltende Stimmungen auch die Aufnahme neuer Erfahrungen.

WESSMAN & RICKS (196o) konnten zeigen, daß Stimmungsschwankungen mit Schwankungen des Selbstgefühls einhergehen.

HEIDER (1977, S. 187) "Sogar dieselben objektiven Umstände können in Abhängigkeit von der Stimmung der Person positiv oder negativ gesehen werden". Physisches Unbehagen wirkt sich auf die Stimmung aus (Katerstimmung), eine gute Stimmung vertreibt Müdigkeit und Niedergeschlagenheit.

Nach DREVER und FRÖHLICH (197o), wird Stimmung definiert als "affektive Komponente einer Einstellung von relativer Dauer" (S. 25o).

EWERT (1983) unterscheidet Stimmungen von anderen Gefühlsarten mit der größeren zeitlichen Erstreckung und nimmt an, daß Stimmungen im Gegensatz zu Gefühlen

von sozialen Einflüssen unabhängiger sind. Er stellt Beschreibungsmerkmale zusammen, die für Stimmungen typisch seien. Stimmungen bilden, wenn die Figur-Grundunterscheidung auf Gefühlserlebnisse übertragen werden, den "Grund", von dem sich als Figur andere Erlebnisgegebenheiten abheben. Dabei gebe es sowohl Beispiele "für die Veränderung von Stimmungen durch aktuelle Erlebnisinhalte (Stimmungswandel, Stimmungsumschlag) als auch umgekehrt für die Beeinflussung von Erlebnisinhalten durch Stimmungen" (S. 400).

Stimmungen seien Zustandserlebnisse, für die eine Differenzierung von erlebtem Ich und erlebter Welt nicht beobachtet wird. Weiter nimmt EWERT an, daß Stimmungen "in der vitalen Gesamtverfassung eines Organismus" (S. 400) sehr wahrscheinlich verwurzelt sind. Doch lassen sich Stimmungen auch pharmakologisch beeinflussen - dieses wurde auch bei den Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung (SES) in Überprüfungen zur Konstrukt-Validität gezeigt: die durch Psychopharmaka induzierten Wirkungen auf die Stimmung und das Befinden wurde in den Skalen weitgehend reflektiert.

Kritisch sieht EWERT, daß ein interindividueller Vergleich den intraindividuellen Prozeß, der abhängig ist von Grundgestimmtheiten des Individuums, vernachlässigt.

In Anlehnung an PIAGET formuliert EWERT: "Ebenso wie die kognitiven Schemata sind auch die affektiven einer Entwicklung unterworfen. Neue zwischenmenschliche Erfahrungen werden mit Hilfe schon bestehender affektiver Schemata bewältigt, gleichzeitig kommt es durch neue Erfahrungen zur Erweiterung und Umbildung eines affektiven Schemas" (S. 438).

Wenn eine Grundgestimmtheit für Personen typisch ist, dürfte eine "Stimmungskurve" über einen längeren Zeitraum keine groben Veränderungen zeigen.

2.6. Daseinstechniken

THOMAE (1953, S. 12) zeigt, daß "die 'Daseinsthematik' nicht einfach in einem 'Ziel' besteht, sondern daß dieses 'Ziel' soweit es überhaupt isoliert erfaßt werden kann, nur in innigster Verschmelzung mit einer spezifischen Weise der Annäherung realisierbar ist". Den für das Individuum "aktiven" Vorgang der Annäherung, der "das F e r t i g w e r d e n" mit dem Leben erreichen soll, bezeichnet THOMAE mit "Daseinstechniken" oder auch "instrumentellen Einheiten". Sie dienen dazu, von einem bestehenden in einen anderen Zustand zu kommen, der für das Individuum "erträglicher, erfüllter, ausgeglichener, aktivierender usf." ist (THOMAE 1968, S. 329 ff). Ein entscheidendes Kriterium in dem Prozeß ist der Zukunftsbezug.

FILIPP (1982) sieht das Gemeinsame in allen Bewältigungsformen, wobei ausdrücklich "Daseinstechniken" benannt werden, in "Strategien der Auseinandersetzung im Hinblick auf die auslösenden Vorläuferbedingungen" (S. 160) und spricht auch von einer "sequentiellen Abarbeitung" bestehender Aufgaben (mündl. Mitteilung) - ähnlich der "aktiven Annäherung" von THOMAE.

Die Geburt eines behinderten Kindes zwingt eine Mutter zur Auseinandersetzung mit ihren Erwartungen und Hoffnungen. Die individuelle Auseinandersetzung

wird zu Daseinstechniken führen, mit denen - in unserer Gesellschaft - gelebt werden kann. Die Qualität der Daseinstechnik könnte abhängig sein von der Erfahrung mit Behinderten vor Eintritt des kritischen Lebensereignisses.

Der Vorgang der "Annäherung" wird akut, wenn das Individuum in einen Zustand gerät, in dem es, ohne diesen zu ändern (zu copen), nicht 'erträglich' leben kann. So etwa, wenn eine Mutter in der Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis 'ein behindertes Kind zu haben', ihre Einstellung zu Behinderten allgemein - behaftet auch mit der Definition ihres Status' in der Gesellschaft - klären soll.

Von den universellen - von THOMAE (1968) herausgearbeiteten Daseinstechniken wurden vier herausgegriffen:

- Leistungstechniken: Versuch der Bewältigung durch eigene Anstrengung.
- Anpassung: Eigene Einstellung wird geändert, da andere Problemlösung nicht möglich erscheint.
- Defensive Techniken: Abwehr, "nicht wahr-haben-wollen", verdecken, verstecken.
- Evasive Techniken: Herausgehen aus dem Spannungsfeld; Gedanken an das Kind werden zurückgedrängt; andere Personen und Institutionen werden anklagend kritisiert; erste Hinweise auf Weg-geben-wollen des behinderten Kindes.

Alle Daseinstechniken müssen 'zweiseitig' gedacht werden; auch der Einsatz einer defensiven Technik kann nicht als mißlungene Verarbeitung eingeschätzt werden; die Chance ist weiterhin gegeben und zum augenblicklichen Zeitpunkt ist der Zustand für das Individuum erträglicher. Einen Zustand als statische Aussage gibt es in diesem Entwicklungsprozeß nicht,

allerdings sind Phasen der 'Ruhe', der Reduzierung des Energieaufwandes, der 'Distanz' zur permanenten Forderung notwendig, um die Chancen wahrnehmen zu können.

3. Der psychische Bewältigungsprozeß

Kann das bisher dargestellte Wissen Auskunft geben über die Frage der Bewältigung der Situation, ein behindertes Kind zu haben und, wenn ja, welche Erfahrungen sind es, die die Stabilität der Lebenspraxis erhalten, oder diese wiederherstellen?

Beim Eintritt eines kritischen Lebensereignisses wird die Person ihr relevantes Wissen aktualisieren, reflektieren, und damit bereits in einen bewältigenden Prozeß eintreten. Sie prüft, was sie mit ihrem Wissen machen kann und versucht, durch Reflexion wieder herzustellen, was durch Reflexion scheinbar zerstört wurde.

Es könnte auch daran gedacht werden, daß die Person sich selbst therapiert. Nach DREVER & FRÖHLICH (197o, S.263) ist Therapie "Behandlung von Krankheiten mit gezielten Maßnahmen".

Dem Begriff Therapie liegt immer ein interaktionistischer Ansatz zugrunde, eine Person, oder auch ein Gerät, werden zur Behandlung eingesetzt, zumindest als Medium zur Übermittlung einer Technik (Entspannung, Vorsatzbildung usw.). Methoden werden von außen an das Individuum herangebracht.

Der Begriff der Bewältigung beruht auf einem individuellen Ansatz, die Person wird aktiv aus eigenem Antrieb, ausgelöst durch Ereignisse oder Situationen. Sie ist in der Lage, die aktuelle Situation aus ihrer habituellen Situation heraus unter Kontrolle zu bringen. Natürlich können diese Fähigkeiten der Person 'Spätfolgen' einer Therapie sein, etwa dann, wenn Entspannungstechniken angewendet werden. Doch braucht der Mensch in der aktuellen Situation nicht den 'Fachmann' sondern er 'stellt sich neben sich', macht sich also ein Bild von sich selbst und geht so intrapsychisch eine therapeutische Beziehung ein.

Er bedarf nicht des Therapeuten, der den Veränderungsprozeß in die Wege leitet, sondern nimmt im Bewältigungsprozeß selbst die Arbeit auf.

"Alle Verzichte einer Person sind primär unfreiwillig, von der Umgebung erwirkt" (TOMAN 1968, S. 137). Ziel einer therapeutischen Behandlung wäre, wenn andere Motivbefriedigungen nicht möglich sind "die Verbesserung des Verzichts auf sie" (S. 132). Gerade dieses versucht die Person nun ohne den allgemein üblichen Ansatz einer Therapie, d.h. sie wird selbst an sich therapeutisch tätig.

Prozesse einer solchen intrapsychischen Einflußnahme können in den Vorgängen der Akkomodation und der Assimilation gesehen werden. Durch Akkomodation werden eigene kognitive Schemata verändert und den Erfordernissen der äußeren Gegebenheit angepaßt; bei der Assimilation wird die Umwelt verändert oder den internen Schemata oder Bedürfnissen angepaßt. Der Bewältigungsprozeß, der hier mit dem therapeutischen Prozeß verglichen wird, hat jedoch umfangreichere bewußte Anteile als die beschriebenen Vorgänge.

Die erwartete Erfahrung einer Mutter - eines Vaters - ist es, ein gesundes Kind zu haben. Der Eintritt des Gegenteiles - wobei immer nur Anteile der Person 'krank' sind und die große Gefahr besteht, daß auch die 'normalen' Anteile in dieses Bild eingeordnet werden - zerstört die begründeten Erwartungen. Der Mensch verhält sich zuerst so, wie der Anspruch an die psychologische Wissenschaft gestellt ist -er konstruiert nicht im Sinne der naturwissenschaftlichen Erklärung, sondern versucht, sein Erfahrungswissen zu zergliedern. Erst dann, wenn das 'Verstehen' rational begriffen, aus Hoffnung Handlung werden soll, wird, wenn Erfahrungswissen nicht vorhanden ist, konstruiert. Mit dieser Konstruktion kann der Bezug zur Gesellschaft einigermaßen bewältigt werden, ob aber die Person selbst mit ihr leben kann, d.h. nicht nur im 'hier und jetzt', sondern auch in der Zukunft? Eine rein gedankliche Sicherung des Lebens reicht zum Leben nicht aus, da der Mensch sich selbst dann nur als Objekt begreifen kann und nicht als Subjekt und Teil seiner Welt. Das Wissen 'über' etwas reicht nicht aus, um 'mit' etwas zu leben. Der Bann des über- und Gegenüberseinmüssens läßt sich nur dadurch lösen, daß das denkende Selbst sich im erfahrenden Selbst auflöst; aus dem 'über' und 'gegen' wird so ein 'in' und 'mit'.

So stellt sich die Frage, ob die Mutter die Geburt eines behinderten Kindes mit einer erheblichen Einschränkung ihres Selbstseins bezahlen muß.

Die Geburt eines Kindes verändert immer das Selbstbewußtsein einer Frau und im Interaktionsprozeß der Bedürfnisregelung zwischen Mutter und Kind wird sich dieser Prozeß wellenartig abzeichnen. Unter Veränderung wird allgemein eine Entwicklung zum Besseren verstanden. In der Regel wird diese Erwartung erfüllt,

sozial erwünschte Fähigkeiten werden angewandt und ausgebaut in der Interaktion mit dem Kind: Das Kind be-fähigt die Mutter, die Mutter das Kind. Dieser Satz kann in sein Gegenteil verkehrt werden bei dem Interaktionsgeschehen einer Mutter mit ihrem behinderten Kind: Behindert das Kind die Mutter und damit die Mutter das Kind?

Die möglichen Entwicklungsfortschritte bei einem behinderten Kind sind begrenzt und es hieße Illusionen zu fördern und die Situation zu verschärfen, wenn diese Ansicht abgewiesen oder bagatellisiert wird. Die Stimulation der Mutter durch das Kind ist gering, der Veränderungsanspruch bleibt auf der 'Seite' der Mutter. Ein Anspruch an sich selbst, eine Forderung aber auch des Kindes und der Umwelt. Durch die Verarbeitung von Erfahrungen und die Auseinandersetzung mit der gegebenen Situation wird ein Bewußtsein entwickelt, das jedoch nie zu einem Ziel führen kann, da es an der Erfahrung reflektiert.

Erfahrung hört nie auf und wandelt sich stets. Das bedeutet aber auch Unvollkommenheit in Kauf zu nehmen, da alle Lösungsmöglichkeiten eines Problems nicht bekannt sein können. Ist jedoch der Bewußtseinsstand beim Eintritt eines kritischen Lebensereignisses höher, kann davon profitiert werden. Es ist möglich zu hoffen, den Ansprüchen zu genügen, da Erfahrungen über positive Aspekte im Leben behinderter Menschen zur Verfügung stehen.

Damit wird die aktive Auseinandersetzung durch Ungewißheit und Erwartungsangst weniger behindert. Ohne diese, im Selbst gespeicherten Erfahrungen, fallen Zukunftsperspektiven aus, es wird auf Normalität gewartet.

Kann eine Mutter Wissen nicht abrufen, verfügt also auch nicht über epistemische Kompetenz, bleibt sie in ihrem Integrationsgefüge von Realität hängen. So könnte gesagt werden, daß das kritische Lebensereignis überhaupt noch nicht bei ihr 'angekommen' ist.

Der Begriff Krise impliziert Auflösung von Verfestigungen und dadurch Auseinandersetzung und führt zu einer wahrnehmbaren Reaktion. So ist Krise auch ein Prozeß, allerdings beschränkt auf eine relativ kurze Zeitspanne. Es muß also die Geburt des behinderten Kindes nicht gleichzeitig das kritische Lebensereignis sein im Sinne der Reaktion der betroffenen Mutter; nicht das Ereignis ist kritisch, sondern die Auseinandersetzung des Individuums mit dem Geschehen. Anders gewendet: Nicht das Ungleichgewicht zwischen Anforderung und Fähigkeit sondern die Bedeutung der Konsequenz ist belastungsinduzierend.

Wenn weiter daran gedacht wird, daß die Krise Auslöser für Entwicklung ist, wird eine Frau ohne Erfahrung an einem Thema ihrer Existenz (THOMAE 1952, S.14) vorbeileben, zwar sich so ihr Dasein ermöglichen, aber Erfahrungen aufnehmen, die Anpassung erzwingen. Diese Daseinstechnik hat, je länger sie benützt wird, Bestand. Beim endlichen Bewußtwerden des kritischen Lebensereignisses schränkt sie den Spielraum individueller Entwicklung ein. Käme es nie zu dieser Krise, die allerdings kein plötzliches heftiges Geschehen sein muß, wird die Person das Geschehen nicht integrieren können, sie wird gegen sich selbst leben. Für den Beobachter könnte der Eindruck geschehen, die Person habe sich 'abgefunden', 'eingerichtet', nehme das Leben 'wie es ist', kurz, habe das Geschehen bewältigt.

Bei den Frauen, die aufgrund ihrer Erfahrung die Auseinandersetzung aktiv aufnehmen, könnte durch ihre Ungeduld und Dominanz der gegenteilige Eindruck entstehen.

Zu denken wäre auch, daß es Frauen gibt, für die das Ereignis, ein behindertes Kind zu haben, nicht kritisch ist, sie sich nicht in einen Bewältigungsprozeß einlassen müssen, da andere Werte höher stehen. (Z.B.: Eine Mutter bringt vier behinderte Kinder zur Welt, obwohl bereits nach der Geburt des ersten Kindes die dominante erbliche Belastung nachgewiesen wird, weil durch hohe Zuwendungen der Bau eines eigenen Hauses möglich wird).

Die selbstproduzierte Entwicklung zeichnet sich im Selbstbild ab, auch dann, wenn nicht aktiv vorgegangen wird. So kann 'Verdrängung' ein Mechanismus sein, der Entwicklung nicht grundsätzlich verhindert, sondern in einer augenblicklichen Situation für die Person entlastend ist.

Die Effektivität der Bewältigung könnte an der Gerichtetheit der Selbstbildentwicklung, der Stabilität der Stimmung und den dominanten Daseinstechniken abgelesen werden. Der von ROSKIES & LAZARUS (1980, S. 52) vorgeschlagene Weg: "Ein guter Indikator für das natürliche Ende einer Coping Episode ist die Fähigkeit der Person, ihre Aufmerksamkeit wieder anderen Dingen zuzuwenden, so wie das Aufhören entsprechender streßverbundener Emotionen" ist nur bei nicht lebensbegleitenden kritischen Lebensereignissen begehbar; es sei denn, die Coping-Episoden würden in kleinste Einheiten aufgespalten, wobei eine Konfundierung mit erreichten Entwicklungszielen und effektivem Coping schwer auszuschließen ist.

Doch erhöht natürlich die Erfahrung der nun angewandten Coping-Formen die Kompetenz der Person und reduziert für sie die früher als kritisch empfundenen Situationen/Ereignisse, da Kongruenz zwischen Anforderung und Fähigkeit in zunehmendem Maße bestehen. Je kompetenter also eine Person ist - sein kann - umso mehr kann sie copen. Diese Aussage ist umkehrbar. Eine Erweiterung ist allerdings anzubringen: Kompetent-sein bedeutet noch nicht, daß die Person in den Bewältigungsprozeß geht; eine Person, die hineingeht, wird jedoch kompetenter. Erfahrung ist also nicht gleichbedeutend damit, daß die Person etwas tut - hier entscheidet die empfundene Wichtigkeit der Situation - wohl aber ist für die Frauen mit Erfahrung und damit höherer Kompetenz die Schwelle zur Bewältigung niedriger, ihre Erfahrung wirkt in der Anforderung durch die Situation motivierend und stößt den prospektiven Vorgang an.

Für eine junge Frau wird in einer Phase ihres Lebens der Kinderwunsch zum Thema. Aus der eigenen biographischen Betroffenheit, den Erfahrungen und Informationen wird versucht, Widersprüche aufzuarbeiten und Implikationen für die Zukunft zu erhalten.

"Aber was ist Leben?
Es ist eine Gesamtheit, genauer gesagt, ein System einander ablösender Tätigkeiten". (LEONTJEW1982, S. 83).

Erfahrung-machen ist eine Tätigkeit, das Individuum begibt sich in neue Situationen, setzt sich ihnen aus. Nur aus dem Tun können Erfahrungen gewonnen werden. Doch bestimmt die biographische Entwicklung, welches Thema im Vordergrund steht, d.h. welche Tätigkeit zum Zeitpunkt relevant ist. Die Gefahr,

daß ein Thema durch die geforderte Tätigkeit kritisch wird, besteht sicher immer dann, wenn in der Gesamtheit der Lebensgeschichte gleiche oder ähnliche Themen nicht aufgetaucht sind. Doch ist die Bedeutung eines Ereignisses für das Individuum nicht grundsätzlich als kritisch anzusehen, sondern als Entwicklungsmarke, die die Mehrzahl der Menschen durchläuft, aber eben nicht in gleicher Weise darauf reagiert.

Noch einmal sei darauf hingewiesen, daß eine Person durchaus kompetent sein kann in ihrem Wissen über die Interaktionen einer Mutter mit ihrem behinderten Kind, doch muß sie deshalb nicht kompetent sein, wenn sie selbst in diese Lage gerät. Der tatsächliche Umgang zwingt zur Informationsverarbeitung, Erfahrungswissen wird aufgebaut und erst dieses läßt die Person kompetent handeln.

Sie kann "neue Verhaltensprogramme entwickeln, die ihr ein mehr oder minder effektives Beantworten der belastenden oder bedrohlichen Anforderungen erlauben, mit denen sie konfrontiert ist." (OLBRICH 1985, S.21).

Informationen zur Steuerung der Lebenstätigkeit bei einem negativen (im Sinne eines die Möglichkeiten der Person überfordernden) Lebensereignis genügen nicht.

Verstehen bedeutet nicht, etwas in sich aufgenommen zu haben, eine Entwicklung findet ohne diesen inneren Bezug, also ohne Motivation, nicht statt. Aber auch das Bedürfnis nach Erfüllung einer Erwartung trägt in sich noch keine gerichtete Aktivität zur Zielerreichung und Aktivität allein genügt nicht. Erst die Begegnung mit entsprechenden Ereignissen ergibt die ausrichtende Funktion.

Wann ist der Bewältigungsprozeß effektiv verlaufen - wenn eine Mutter ihr Ziel erreicht hat? Wenn sie 'unbeschadet' aus dem Prozeß hervorgeht? E i n Ziel - ich möchte ein normales Kind - ist nicht erreichbar. Die Realitätserfahrung ändert so ständig die Person und ein Indikator für gelungene Bewältigung kann etwa im 'Bleiben' in der Situation gesehen werden.

Die Geburt eines behinderten Kindes stellt eine so extreme Situation dar, daß die objektiv erfolgende Einschätzung als negatives Lebensereignis zu vertreten ist. Von der Mutter wird die Situation als Einschränkung oder Bedrohung ihrer Lebenslage erlebt. Wenn eine Bewältigung möglich ist, so in Abhängigkeit von den biographischen Gegebenheiten, die relevante Erfahrungen enthalten.

Da Coping nicht nur eine Reaktion auf eine gegebene Situation, wie etwa das Streßgeschehen ist, sondern aktives Handeln zur Formung der augenblicklichen und der zukünftigen Lebenslage, ist dieses in der Entwicklung des Selbstbildes und im Stimmungsgeschehen zu verfolgen.

In dem prospektiven Geschehen werden die Folgen des Ereignisses antizipiert, Erwartungen durch kompensierende Copingstrategien reduziert. Aus dieser Verlustarbeit werden Daseinstechniken entwickelt mit denen die Mutter mit ihrem Kind leben kann.

4. Einführung in die empirische Arbeit

Die Entwicklungsforschung zielt ab auf die Erklärung intraindividueller Veränderungen und interindividueller Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen (BALTES & SCHAIE 1979 b). Am Selbstkonzept und dem Stimmungszustand soll versucht werden, diese Veränderungen zu zeigen. Zur Selbstkonzeptentwicklung nach kritischen Lebensereignissen sind allerdings bisher wenige Untersuchungen bekannt (vgl. FILIPP 1984), und die Mehrzahl der bisher bekannten Arbeiten gründen auf Querschnittsmessungen. Für einen entwicklungspsychologischen Ansatz, wie er hier vorgenommen werden soll, ist eine Längsschnittuntersuchung erforderlich. Die angenommene Veränderung wird an bestimmten Orten des zeitlichen Kontinuums und des Geschehens erfaßt.

Es kann davon ausgegangen werden, daß jede Person ein individuelles Bild von der Welt besitzt (KRETSCH et.al. 1962), das ein Ergebnis spezifischer Erfahrung ist. In den kognitiven Systemen verschiedener Personen finden sich relative Gemeinsamkeiten. So ist etwa generell erwünscht, daß der Mensch gesund, intelligent ist u.s.w. Es sind persönliche Normen, die im Selbst verankert sind, Erwartungen an sich selbst, die auf der Basis allgemein geteilter Erwartungen, modifiziert durch die individuelle Interaktionsgeschichte einer Person, in sozialen Interaktionen erworben werden. Als Standard dienen sie der eigenen Verhaltensbewertung.

Die Annahme, daß Personen ihre sozialen Erfahrungen Bewertungsprozessen aussetzen und sich dadurch einen persönlichen Standard (oder Anker s. S 31) schaffen, der Vergleiche, d.h. Bewertungsprozesse in einer gegebenen Situation ermöglicht, ist plausibel. MEAD korri-

gierte mit seiner Theorie des "Symbolischen Interaktionismus" die einseitige Annahme, daß Individuen nur in Abhängigkeit von äußeren Kontrollen (Normen) bzw. unabhängig von sozialen Gegebenheiten handeln.

Dargestellt werden könnte dieser Prozeß im Test-Operate-Test-Exit (TOTE-) Modell von MILLER/GALANTER/PRIBRAM (1960). Durch die in diesem Modell angenommenen Rückkoppelungs- und Informationsverarbeitungsprozesse ist eine Neueinstellung des Systems, also eine Veränderung des Standards, möglich. Es kann dann in dem Regulationsmodell eine Situation als 'bewältigt' angenommen werden, wenn durch positive oder negative Rückkoppelungen Kongruenz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand hergestellt worden ist. Die Neueinstellung des Systems, also Veränderungen des Standards, führen zur Erweiterung der (lern) erfahrungen und haben damit aktuelle Bedeutung für die Entwicklung des Individuums.

Würde davon ausgegangen, daß Normen allein bedingend für das Verhalten des Menschen sind - etwa indem äußere Zwänge als eigene Intentionen übernommen werden - wäre dies subjektiv, zumindest für einen gewissen Zeitraum, entlastend (es besteht Kongruenz), objektiv würden sich jedoch Änderungen nicht ergeben und damit eine Entwicklung nicht möglich sein. Andererseits führt das Fehlen von Verhaltensnormen zu erheblicher Belastung, zumal dann, wenn ein innerer Standard nicht ausreichend ist (Kongruenz kann nicht hergestellt werden) für die Einschätzung der Situation und die Orientierung an äußeren Hinweisen psychischer oder sozialer Art gebraucht wird.

So kann eine intraindividuelle Veränderung am Selbstbild abgelesen werden. Die Geburt eines behinderten Kindes ist eine zentrale Einwirkung auf den Lebenslauf der Mutter, das Geschehen ist irreversibel und es handelt sich um einen chronischen Zustand. Es könnten nun die

Variablen geprüft werden, die in einer unmittelbaren (concurrent), oder aber in einer historischen (historical) Beziehung zueinander stehen (BALTES & SCHAIE 1979 b). Welche Auswirkungen haben etwa die Antezedenz-Bedingungen in einer kritischen Ereignissituation, welche Kumulierungs-Effekte entstehen an bestimmten Positionen.

Wie verhalten sich also Personen aufgrund ihrer erworbenen Strategien in einer Belastungssituation; wird versucht, Belastung zu reduzieren durch Einsatz von Routineerfahrung (z. B. ein Kind wird optimal gepflegt) oder werden Hinweise/Informationen zu kurz beachtet (z. B. eine Behinderung wird bzw. kann nicht wahrgenommen werden)? Welche kompensatorischen Anstrengungen sind erforderlich zur Bewältigung einer akutellen problematischen Situation, wenn diese Strategien nicht ausreichen? Auch die soziale Situation ist nicht statisch, sondern weist ebenfalls ein prozeßhaftes Geschehen auf. Anders gesagt: die Struktur einer Situation (Querschnitt aller relevanten Reize) ist auch dem Prozeß der Veränderlichkeit (Längsschnitt) ständig unterworfen. Für die Kumulierungseffekte sind also nicht nur Variablen, die durch die Lerngeschichte des Individuums und seinen augenblicklichen Zustand bedingt sind, verantwortlich, sondern auch die historischen und unmittelbaren Beziehungen einer bestimmten Situation im augenblicklichen Kontext der Kultur.

So kumulieren einerseits die Effekte, die durch die soziale Umwelt hervorgerufen werden, andererseits solche, die durch die persönlichen 'Eigenschaften' des Individuums bedingt sind. Für die obengenannten Beispiele könnte etwa geprüft werden, ob sich eine Person bei Aufgaben, die viele individuelle Entscheidungen verlangen, auf Routinealternativen zurückzieht, oder ob die Person nicht genügend Informationen aufnehmen kann und damit das Risiko späterer Korrekturanforderungen eingeht.

Doch kann auch versucht werde, die vielen unbekannten oder schwer prüfbaren Größen psychischer Prozesse zu vernachlässigen. In einer Belastungssituation wird, als historische Bedingung, die Erfahrung der Person mit einer eindeutig ähnlichen Situation und, als unmittelbare Bedingung, die Konfrontation der Person mit eben dieser Situation, eingeführt.

MUMMENDEY (1977, S. 2) geht davon aus, daß Selbstbildänderungen und Verhaltensänderungen einander in ähnlicher Weise beeinflussen wie Einstellungs- und Verhaltensänderungen. Er nimmt an, daß "gewissermaßen erzwungene, für ein Individuum zwangsläufige Verhaltensänderungen, Änderungen des Selbstbildes (im Sinne der kognitiven und affektiven Aspekte von Einstellungen zur eigenen Person) mitbedingen". MUMMENDEY & STURM (1980) haben solche Ereignisse in Form erzwungener Veränderungen des Lebenslaufes (critical life events) aus ethischen Überlegungen natürlich nicht experimentell manipuliert, sondern versucht, diese im normalen Lebenslauf der Person zu beobachten. Sie gingen davon aus, daß kritische Lebensereignisse im Sinne des normativen Geschehens in bestimmten Phasen des Lebens erwartet werden, jedoch natürlich nicht eintreffen müssen. Sie nahmen vor dem vermuteten Eintritt dieses Ereignisses Messungen vor. Trat das erwartete Ereignis ein, konnte eine erneute Messung Auskunft geben über die Wirkung des Geschehens. Trotzdem blieb es eine Retrospektive, wenn es auch möglich war, Unterschiede vor und nach dem Wendepunkt 'kritisches Lebensereignis' festzuhalten.

In dieser Untersuchung befindet sich das 'kritische Ereignis' - Geburt eines kranken Kindes - innerhalb des Prozesses der Bewältigung eines Wendepunktes des Lebens, bzw. einer Veränderung des Lebenslaufes. Retrospektiv kann erfragt werden, was vor der Geburt des Kindes geschah, im

Zusammenhang mit dem Herangehen an die lebensverändernde Situation. Doch ist es nunmehr möglich, mit dem als 'kritisches Lebensereignis erfaßten Geschehen der Geburt eines kranken Kindes, den Bewältigungsprozeß unmittelbar zu verfolgen. Das als 'kritisch' antizipierte Ereignis,'Geburt eines Kindes',wird subjektiv zur Norm. Das kritische Ereignis ist, ein krankes Kind geboren zu haben.

Allgemein sind Personen bestrebt, zwischen ihren aus Erfahrung gewonnenen Erwartungen und der tatsächlichen Situation Konsistenz herzustellen. Unvereinbarkeit wird solange bearbeitet werden, bis eine Passung erfolgt, d.h. eine Daseinstechnik gefunden wird, mit der man leben kann. Anders ausgedrückt, die Unvereinbarkeiten können dazu benützt werden, um Veränderungen herbeizuführen. Dieser, als 'Coping' zu bezeichnende Vorgang,kann an der Gegebenheit "Geburt eines behinderten Kindes" nichts Entscheidendes ändern. Das Kind kann nicht 'angepaßt' werden - die Umwelt kann nicht verändert werden.

Es bleibt der Weg der Anpassung des Selbst, wobei zu prüfen ist, ob Personen, die Erfahrung mit ähnlichen Situationen haben, eine andere Selbstbildveränderung vornehmen als solche Personen, die diese nicht haben.

Die Geburt eines kranken Kindes ist ein nicht zu antizipierendes Ereignis. So verläuft die pränatale Periode nicht anders als bei der Geburt eines gesunden Kindes. Wenn auch manche Eltern fürchten, daß ihr Kind nicht normal sein könnte, so wird doch an eine Behinderung nicht ernsthaft gedacht. Auch dann, wenn eindeutige Hinweise auf Probleme des Kindes vorliegen, hoffen die Eltern, daß die Ärzte einen "Fehler gemacht" haben (DARLING 1983, S. 126).

Die Geburt eines Kindes wird zum Eintritt in das soziale Feld, in dem speziellen Fall, der Mutter, gerechnet. (DOERING, ENTWISLER, QUINLAN 1980). Die Behinderung dieses Kindes in der Auswirkung auf das Selbst der Mutter, wird als psychisches Herausgehen aus dem sozialen Feld (PAYKEL 1979) gesehen. Die Erwartungen der Mutter sind diskrepant zu der Situation, die tatsächliche Teilnahme am 'normalen Leben' muß, und nicht nur auf Zeit, wie etwa beim Heranwachsen eines gesunden Kindes, sondern in kumulativer Form und häufig ohne Chance der Zielerreichung (ein gesundes Kind zu bekommen), eingeschränkt werden, wobei die Forderungen an das Selbst bestehen bleiben.

Eben diese Forderungen sind es, die Personen unterschiedlich wahrnehmen, nicht jedoch die Belastungsschwere eines Ereignisses. Ohnehin ist die tatsächlich erlebte subjektive Belastung schwer, wenn überhaupt, zu erfassen.

Eine Forderung wird erst zu einer solchen, wenn sie vom Individuum wahrgenommen wird. Es könnte der Vergleich mit der Wahrnehmung einer 'Aufgabe' versucht werden, durch die ein bestimmtes Ziel und bestimmte Wege zur Zielerreichung vorgegeben sind. Gerade diese Vorgabe steht für die Bewältigung der gegebenen Situation nicht zur Verfügung. Es bleibt für die Person nur die Chance, die Aufgabe als Forderung an eigene Möglichkeiten anzunehmen.

Das Erlebnis der Forderung ist für die Entwicklung der Person förderlich, denn es ist die Chance zur Veränderung in seinen Bezügen zur Welt (THOMAE 1968) und entspricht dem dynamischen Vorgang des 'Übergangs' (OLBRICH 1981). Diese Beschreibung wird den Begriffen 'Krise' oder 'Störung' vorgezogen, da er die Entwicklungsdynamik auch über die Zeit hin deutlicher macht und die Notwendigkeit solcher Übergänge für die Entwicklung des Menschen ausdrückt.

Auch werden die historischen und die unmittelbaren Bedingungen erfaßt, früher erworbene Erfahrungen werden nun aktiviert, da der geeignete Handlungskontext gegeben ist (BALTES & GOULET 1979 a). Besteht Vorerfahrung, bzw. sind Schemata für bestimmte Dimensionen ausgebildet, (vgl. FILIPP 1981 und MARKUS 1977) ist die Möglichkeit der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Copingstrategien über die Zeit hinweg, trotz Überforderung, ohne stärkere Einschränkung der Stimmungslage und des Selbstbildes, möglich.

In Anlehnung an PETERMANN (1979), der für bestimmte Phasen der Schwangerschaft Veränderungen, die durch die Schwangerschaft selbst bedingt sind, und die er, in Äquivalenz zum Begriff des kritischen Lebensereignisses, mit Interventionen bezeichnet, kann auch für die postnatale Zeit dieser Weg eingschlagen werden.

Zu bestimmten Interventions-Zeitpunkten können im Selbstbild, als gutem Indikator für Veränderungen (vgl. FILIPP 1981), Entwicklungen abgelesen werden, da im Selbstkonzept die Selbsterfahrung repräsentiert ist (vgl. BRAUN 1978). Bestimmte Entwicklungsschritte sind den kognitiven Systemen verschiedener Personen gemeinsam, sozusagen eine 'Entwicklung in der Norm'. Die Erwartung einer Mutter wäre etwa, daß ihr Kind im Alter von acht Monaten Doppelsilben spricht. Der Nichteintritt dieser Erwartung ist als Intervention durch die eigene Erwartung, gespeichert im Selbstkonzept, auf das Selbst der Mutter zu sehen bzw. als kritisches Lebensereignis zu bezeichnen.

Die Geburt eines Kindes wird als normatives, erwartetes Ereignis aufgefaßt, die Geburt eines behinderten Kindes als erwartetes, non-normatives Ereignis. Nicht die Geburt des behinderten Kindes ist das non-normative Ereignis, sondern die Tatsache, daß das Kind behindert ist. Retrospektiv werden die Erfahrungen bzw. Informationen erhoben,

die der Mutter zuteil geworden sind, bzw. die sie selbst aufgesucht hat in der Zeit der Erwartung der Geburt des Kindes. Diese Daten sollen Auskunft darüber geben, ob die distale Beziehung Einfluß hat auf den Bewältigungsprozeß der Mutter. Sollten Erfahrungsunterschiede bedeutsam sein, ließen sich Bewältigungsprozesse voraussehen, Präventivmaßnahmen planen. Die Veränderungen des Verhaltens der Mutter werden nicht überprüft; mit Sicherheit werden die erwarteten Änderungen des Selbstbildes und der Stimmung auch Änderungen des Verhaltens im Sozialkontakt oder anderen bedeutsamen Verhaltensweisen des Individuums bringen.

Die Form des Selbstreports ist beobachtenden oder schlußfolgernden Techniken überlegen, da Probleme des Erinnerns und der Retrospektive wegfallen und auch eine Konfundierung zwischen Prozeß und Reaktion nicht möglich ist (FOLKMAN & LAZARUS 1980).

Für die Untersuchung ist ökologische Validität gegeben, denn es sind "Experimente des Lebens" (MONTADA 1981, S. 274).

5. Fragestellung der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, zu klären, ob spezifische Erfahrungen hilfreich sind bei der Bewältigung des kritischen Lebensereignisses, ein behindertes Kind zu haben.

Als Hypothesen können aufgestellt werden:

Erwartungshypothese:
Es wird die Geburt eines gesunden Kindes erwartet, da es die 'Norm' ist.

Frauen, deren Erwartung, ein gesundes Kind zu haben, nicht erfüllt wurde

- haben Schwierigkeiten, sich in der Umwelt durchzusetzen;
- erleben sich nicht als dominant;
- erleben einen Kontrollverlust;
- neigen stark zur Selbstreflektion;
- sind nicht aufgeschlossen für Kontakte;
- haben ein eingeschränktes Selbstvertrauen;
- sind eher gedrückter, als gehobener Stimmung;
- sind mißgestimmt und träge;
- haben eine unausgeglichene Stimmung.

Erfahrungshypothese:
Erwartungen sind durch frühere Erfahrungen aufgebaut worden. Erfahrungen, die nicht, oder in zu geringem Umfang, als daß sie ins Selbstschema aufgenommen werden konnten, gemacht worden sind, stellen nichts oder zu wenig zur Situationsbeurteilung zur Verfügung.

Es bestehen Unterschiede im Selbsterleben zwischen den Frauen, die Erfahrung im Umgang mit Behinderten hatten vor der Geburt ihres behinderten Kindes und Frauen, die solche Erfahrungen nicht hatten:

- Frauen mit Erfahrung haben geringere Schwierigkeiten, sich in der Umwelt durchzusetzen;
- Frauen mit Erfahrungen erleben sich dominanter als solche ohne Erfahrung;

- Frauen ohne Erfahrung erleben einen geringeren Kontrollverlust;
- Frauen mit Erfahrung neigen weniger zur Selbstreflektion;
- Frauen mit Erfahrung sind aufgeschlossener für Kontakte;
- Frauen ohne Erfahrung haben ein erheblich eingeschränktes Selbstvertrauen;
- Frauen mit Erfahrung sind eher gedrückter als gehobener Stimmung; Frauen ohne Erfahrung sind eher gehobener Stimmung;
- Frauen mit Erfahrung sind eher mißgestimmt und träge, als Frauen ohne Erfahrung;
- Frauen mit Erfahrung sind weniger unausgeglichen in ihrer Stimmung,als Frauen ohne Erfahrung.

Bewältigungshypothese:
Um leben zu können, entwickeln sich Bewältigungsprozesse, die sich nicht an der Lösung jeweiliger Krisen oder Konflikte orientieren, sondern zu einer Technik zur Bewältigung des belasteten Daseins führen.

Frauen, die ein behindertes Kind geboren haben, verändern ihr Selbstbild und ihre Stimmung, um mit ihrem Dasein fertigzuwerden. Veränderungen sind zu erwarten:

- in der Durchsetzung eigener Interessen;
- im Dominanzerleben;
- in der Kontrolle;
- in der Selbstreflektion;
- in der Bereitschaft zu Kontakten;
- im Selbstvertrauen;
- in der Stimmungslage;
- im Trägesein.

Der Bewältigungsprozeß der Mütter wurde über drei Kanäle verfolgt (s. Untersuchungsdesign).

KIND	MUTTER		
Untersuchungszeitpunkte	Objektive Daten: Alter, Berufstätigkeit, Behindertes Kind, Sozio-ökonomisches Milieu, Krankheiten und Verluste in der Familie, Besuch des Arztes und eines Säuglingskurses, Kontakte mit Behinderten	Selbstbericht: Exploration, Einschätzung erhaltener Informationen, Einstellung zu Behinderten	Tests: Giessen-Test, Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung
		KANAL	
Beginn der Frühförderung Test: Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik			
Vier Monate nach Therapiebeginn Test: Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik			
Aufnahme in Kleingruppe Test: Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik			
Aufnahme in die Schule Test: Snijders-Oomen Nichtverbale Intelligenzuntersuchung			

Abb. 1: Untersuchungsdesign

So soll geprüft werden:

- Verändern sich Personen, die spezifische Erfahrungen haben, in ihrer intraindividuellen Entwicklung durch Interventionen, die durch den Nichteintritt ihrer Erwartungen und das sie 'begleitende' kritische Lebensereignis ausgelöst werden?

- Gibt es diese intraindividuellen Veränderungen auch bei Personen, die nicht über spezifische Erfahrungen verfügen?

- Bestehen interindividuelle Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Erfahrungsdaten?

6. Aufbau der Untersuchung (s. Schema S. 62)

An der 1977 beginnenden Längsschnittuntersuchung nahmen 24 Mütter mit ihren 24 behinderten Kindern teil.

Über einen Zeitraum von sieben Jahren wurde die Entwicklung der Auseinandersetzung der Mutter mit dem kritischen Lebensereignis 'Geburt eines behinderten Kindes' verfolgt.

Die Untersuchungen der Mütter und ihrer Kinder fanden alle in der "Zentralen Beratungsstelle für behinderte und entwicklungsgestörte Kinder" der Stadt Nürnberg statt.

Die Untersuchungen wurden zu vier Zeitpunkten vorgenommen, die durch die Förderungsmaßnahmen der Kinder vorgegeben waren:

t 1 : Einleitung der Frühförderung
t 2 : Überprüfung der Entwicklung des Kindes, vier Monate nach Therapiebeginn
t 3 : Gruppenanbahnung für das Kind
t 4 : Drei Monate vor Schulaufnahme.

Im Zeitpunkt eins (t 1) waren die Kinder 1,2 bis 1,9 Jahre alt. Bei dem Kind wurde die "Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik" (MÜFED) abgenommen.

Die medizinische Diagnose, einschließlich Anamnese, lag zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung vor. Durch die Exploration der Mutter wurden die objektiven Daten (Kontrollvariablen) erfahren und sie wurde gebeten, den Grad der während der Schwangerschaft erhaltenen Information über Rehabilitationsmöglichkeiten bei behinderten Kindern durch Säuglingskurs und Arztbesuch einzuschätzen. Zur Erfassung des Selbstbildes wurden der GIESSEN-Test (GT) und, zur Einschätzung der Stimmung, die Adjektiv-Skalen (SES) benützt.

Aufgrund der Ergebnisse der "Münchener funktionellen Entwicklungsdiagnostik" wurde die Entwicklungstherapie bei dem Kind eingeleitet.

Die Mütter wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, je nach Erfahrung im Kontakt mit Behinderten bzw. Nichterfahrung.

In Gruppe "Erfahrene" (in der Folge Gruppe "E") wurden Mütter aufgenommen, die in der Exploration zum Zeitpunkt t 1 über direkte, kürzere oder längere Kontakte mit Behinderten berichteten (s. Beschreibung der Stichprobe); in Gruppe "Unerfahrene" (in der Folge Gruppe "U") Mütter, die solche Kontakte nicht erfahren hatten.

Der Zeitpunkt der zweiten Untersuchung wurde vier Monate nach Therapiebeginn gelegt (die Kinder nun in einem Alter von 1,8 bis 2,6 Jahren). Bei dem Kind wurde die "Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik" abgenommen. Mit der Mutter wurde das Explorationsgespräch geführt, das immer auch in ein Beratungsgespräch überging, denn die Untersuchungen waren nicht nur zur Datensammlung angelegt, es mußte das Gleichgewicht zwischen Geben und Nehmen hergestellt werden. Weiter wurden der GIESSEN-TEST und, zur Erfassung der augenblicklichen Stimmung, die Adjektiv-Skalen abgenommen.

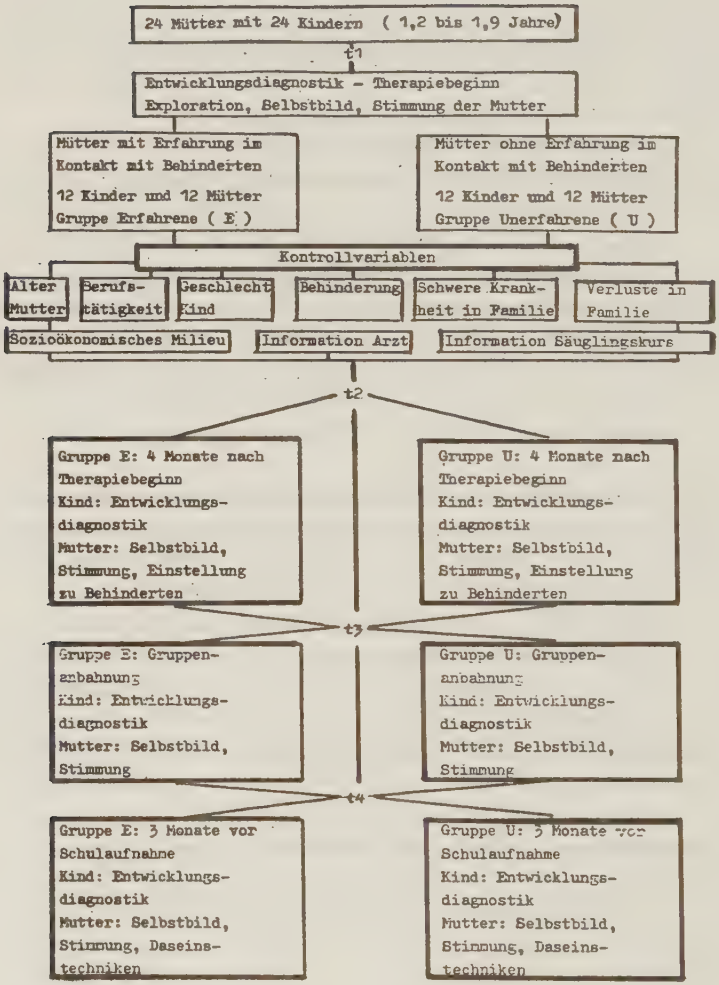
Auch wurde die Mutter zu diesem Zeitpunkt aufgefordert, ihre Einstellung zu Behinderten einzuschätzen.

Der Übergang des Kindes in eine Kleingruppe ("Gruppenanbahnung") bestimmte den Zeitpunkt der dritten Untersuchung. Die Kinder sind 3,3 - 3,6 Jahre alt und es wurden bei ihnen die "Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik", bei den Müttern die Exploration, der GIESSEN-TEST und die Adjektiv-Skalen durchgeführt.

Bei der letzten Untersuchung, 3 Monate vor Schulaufnahme, haben die Kinder ein Alter zwischen 6,9 und 7,1 Jahren erreicht. Da die "Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik" nur bis zu einem Entwicklungsalter bis zu drei Jahren 'mißt', wurden hier für das Kind fünf Subtests aus dem SNIJDERS-OOMEN-TEST gewählt, bei der Mutter wurden wiederum der GIESSEN-TEST und die Adjektiv-Skalen abgenommen. Um die Daseinstechniken der Mütter zu erfahren, wurde eine ausführliche freie Exploration durchgeführt.

Die Untersuchung lief von 1977 bis 1984.

Aufbau der Untersuchung



.1. Exploration

Die Exploration dient in der Eröffnungsphase einer ersten Kontatkaufnahme und der Erfassung biographischer Daten. Damit geht das Explorationsgespräch bereits über in die Darstellung des subjektiven Erlebens seitens der Betroffenen und es wird ein Bild der individuellen Lebensproblematik entworfen.

Zur Bedeutung der Exploration schreibt Thomae (1968, S. 113):
"Die Exploration soll dem sogenannten Durchschnittsmenschen eine Chance geben, in der Wissenschaft vom menschlichen Verhalten und seiner inneren Begründung zu Wort zu kommen. Die meisten unserer diagnostischen Verfahren engen seine Antwortmöglichkeiten bereits auf ein Konzept ein, das den Erwartungen einer bestimmten Theorie oder den Erfordernissen einer bestimmten Methodologie entspricht. Dadurch verschließt sich die Wissenschaft den Zugang zur vollen Breite menschlichen Verhaltens."

Es können drei Formen der Befragung unterschieden werden (ANGER 1969): Die standardisierte, die teilstandardisierte und die nicht-standardisierte Befragung. Bei einer Längsschnittuntersuchung können die Methoden alternieren oder auch ist es möglich, standardisierte Teile in eine freie Exploration zu integrieren.

Bei der teil- oder nicht-standardisierten Exploration liegen andere Rollenverteilungen zwischen den beteiligten Partnern vor als in einer psychologischen Test - situation, da "der Untersucher ganz auf den Status des 'Überlegenen', des 'Experten', dessen, der Dinge durchschaut, die der andere nicht sieht, verzichtet und den Partner wirklich als Partner anerkennt" (Thomae 1968, S. 113).

Die Exploration stellt so das Bindeglied dar zwischen den Ergebnissen aus standardisierten Testverfahren und dem subjektiven Erleben des Individuums in seiner Situation.

Die Bewältigungsgeschichte wird nicht auf interindividuelle Persönlichkeitsmerkmale gegründet, die eingeführte Bedingung für interindividuelle Unterschiede ist die Erfahrungsgeschichte der Personen.

In der vorliegenden Untersuchung hilft die Feststellung, daß etwa eine Person einen, im Vergleich zu anderen, hohen Wert auf einer Introversionsskala einnimmt, nicht, wohl aber, wenn dieses Verhalten auch vom Individuum dargestellt wird in seiner Relation zu den Umweltbedingungen: Ein behindertes Kind zu haben kann so aversiv sein, daß die Person mit Flucht- oder Vermeidungsverhalten reagiert.

Das Individuum reagiert nicht auf eine objektive Situation, sondern auf seine kognitive Repräsentation dieser Situation. Kognitionen übernehmen eine steuernde und strukturierende Funktion in der Beurteilung einer Situation. Diese kognitive Orientierung hat Einfluß auf die Exploration, gibt jedoch auch Aufschluß über selektive Wahrnehmungen und einseitige Einschätzungen.

Die kognitive Orientierung hat für den therapeutischen Bereich Techniken hervorgebracht (Kognitive Verhaltenstherapien), die leicht den Eindruck hervorrufen können, es wäre eine Reduktion menschlichen Verhaltens auf kognitive Prozesse möglich. Dies wäre eine verhängnisvolle Vereinfachung; eine ganzheitliche Erfassung menschlichen Lebens umfaßt Erlebnisse (subjektive Daten), Verhaltensweisen (objektive Daten) und 'Leistungen' (als 'Produkte').

Gerade diese Zusammenschau, auch im zeitlichen Kontinuum einer Biographie, ist Ziel der Exploration.

Wird die Exploration als Meßmethode gesehen, was im weitesten Sinne möglich ist, so dient sie der Erhebung objektiv sachlicher Angaben, also der demographischen Daten (Alter der Mutter, Berufstätigkeit der Mutter, sozio-ökonomisches Milieu, Berufstätigkeit, schwere Erkrankungen in der Familie der Mutter, Verluste in der Familie der Mutter, Kontakte mit Behinderten, Alter des Kindes, Geschlecht des Kindes, Grad der Körperbehinderung des Kindes, Besuch eines Säuglingskurses, Besuch des Arztes zu den Vorsorgeuntersuchungen), der subjektiven Einschätzung des Geschehens und der Einstellung zu bestimmten Bereichen.

Das Wesentliche des Explorationsgespräches, besonders in dieser lebensbegleitenden Untersuchung, ist, daß der freie Ausdruck von Gefühlen gestattet wird. Darin unterscheidet es sich deutlich von der großen Mehrheit sozialer Interaktionen, da in ihnen fortwährend daran erinnert wird, daß emotionale Reaktionen zurückgewiesen, verdammt, zensuriert werden. Einer statistischen Auswertung unterzogen wurde nur die Exploration zum letzten Zeitpunkt, t 4, um die Daseinstechniken der Mütter herauszufinden

In den Zeitpunkten t 2 und t 3 sollte durch die, die Selbstenthüllung fördernde Exploration, die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten objektiviert werden, d.h. vorhandene Fähigkeiten mobilisiert werden.

Die Art und Häufigkeit der Kontakte mit Behinderten wurde detailliert erfragt und bildete die Grundlage der Gruppenbildung.

Um der Forderung THOMAE'S (1977) auf Festlegung des Spielraumes gerecht zu werden, wird die Überschaubarkeit der Bedingungen zum Zeitpunkt t 1 hergestellt durch die Begrenzung auf den Zeitraum der Schwangerschaft und der Geburt.

Die Frauen nahmen nicht 'an einer Untersuchung teil', sie erwarteten und forderten Beratung und Hilfe. Die Frauen kamen von sich aus, waren motiviert, mußten nicht zu Auskünften gebeten werden. Die gesamte Exploration, die immer in ein Beratungsgespräch, teilweise therapeutische Interventionen überging, hatte daher grundsätzlich einen anderen Charakter als bei etwa einer Forschungsmethode, die im Labor Stressoren überprüft.

Der Erhebungsprozeß zu den Zeitpunkten t 1 - t 3 läßt der freien Erzählung Raum, hält die Reihenfolge Frage/Antwort und - für den schwangerschaftstypischen Informationsbereich - Rating ein.

Der Interviewleitfaden (s. Anhang) ist bestimmt durch das Lebensereignis (Stimulus) und soll die darauf folgenden Reaktionen der Frauen klären.

Mit der Ratingskala wird nicht eine bessere Information erwartet - das Vertrauen in die Selbstaussage des Individuums sollte geachtet werden - wohl aber ist die Auswertung ökonomischer und die interindividuelle Vergleichbarkeit besser gegeben.

Die vier von MERTON und KENDALL (1979 zit. in BORTZ 1984, S. 232) benannten Kriterien für eine Exploration ergeben sich aus dem der Untersuchung zugrunde liegenden "Experiment des Lebens" (MONTADA 1981, S. 274):

- Non-direktive Gesprächsführung um dem Befragten die Möglichkeit unbeeinflußter Darstellung zu geben;
- situationsspezifische Gesprächsführung, d.h. welche Bedeutung werden einzelnen Teilen oder Elementen der (Lebens)situation, in dessen Fokus das kritische Lebensereignis steht, gegeben;
- unerwartete Reaktionen werden zugelassen und sind besonders geeignet zur Beantwortung der Frage, wie die Situation bewältigt wird;
- affektive Reaktionen werden nicht nur als positiv oder negativ gekennzeichnet. Durch Fragen (Was empfanden sie dabei? u.ä.) oder Wiederholungen von Gefühlsäußerungen wird zu selbstenthüllenden Kommentaren aufgefordert.

Bei einer lebensbegleitenden Untersuchung bekommt das Explorationsgespräch in zunehmendem Maße eine instrumentelle Funktion für die Befragten. Wie schon oben dargestellt, können Probleme bis hin zu destruktiven Wünschen ausgesprochen und damit der Bearbeitung zugänglich gemacht werden. Eine Funktion der Exploration ist es so auch, sich zu entlasten, redend zu reflektieren und Bewältigung in Gang zu bringen.

Durch gezielte Fragenkomplexe wird dieser Vorgang unterstützt:

- Erkundung der Erwartungen an die Untersucherin und an alle mit dem Kind befaßten Personen;
- Erkundung nach Fortschritten in der Entwicklung des Kindes, bzw. der Wahrnehmung der Behinderung des Kindes;
- Erkundung der Umweltreaktionen;
- Erkundung der qualitativen und quantitativen Interaktionen zwischen Mutter und Kind;
- Erkundung von Insuffizienzgefühlen.

So lag der Schwerpunkt der Exploration zum Zeitpunkt t 2 (s. auch Explorationsleitfaden im Anhang) auf der Einschätzung der Fortschritte in der Entwicklung des Kindes und der Einschätzung der eigenen Lebenslage.

Zum Zeitpunkt t 3 wurde fokussiert auf die direkte Beobachtung des Kindes durch seine Mutter und die Beziehung zwischen Mutter und Kind.

Die Exploration zum Zeitpunkt t 4 wurde, nach den auch zu den Zeitpunkten t 2 und t 3 angewandten Erkundungen, mit der Frage "Wie werden Sie damit fertig, ein behindertes Kind zu haben?" vertieft und aktiviert. Das Interview zu diesem Zeitpunkt ist auf Vollständigkeit der augenblicklichen Lebenslaufsituation ausgerichtet. Denn Ziel ist, herauszufinden, wie die Mutter mit dem kritischen Lebensereignis fertig geworden ist, d.h. welche Daseinstechnik sie entwickelt hat.

Die direkte Frage nach der Bewältigung der Lebenslage provoziert selbstenthüllende Antworten, die nicht im Oberflächenbereich hängen bleiben und ermöglicht ein differenziertes Eingehen auf das Selbsterleben der Person (Tiefendimension).

Durch die zweite Leitfrage "Wie geht es denen, die mit Ihnen zusammenleben?", wird der Bezug zum sozialen Dasein ausdrücklich hergestellt, wobei Angaben und Vorstellungen in freier Reihenfolge artikuliert werden können. So kann erreicht werden, daß das Geschehen vom Betroffenen selbst strukturiert und er die Technik, mit der er sein Leben bewältigt, darstellt.

Auch, wenn vom Untersucher erfahren werden will, wie Menschen in einer solchen Lage Lösungen finden, die

Bewältigung muß von dem Betroffenen 'geleistet' werden und eine solche findet auch in Beratungssituationen statt, in die die Exploration eingebettet ist. Exploration ist nicht nur eine Befragung, sondern hat Teil an der Entwicklung einer Überzeugung, die dem Individuum selbst "passen" muß (TOMAN 1985, S. 9).

6.2. Erhebung des Selbstbildes

Zur Erhebung des Selbstbildes wird der Gießen-Test (BECKMANN, BRÄHLER, RICHTER 1975) benützt. Er erfaßt "welche Merkmale eine Person sich selbst (Selbstbild) ... zuschreibt" (BECKMANN 1979, S. 166) und ist "ein objektives und praktisches Instrument mit mittlerer Bandbreite und Präzision" (BECKMANN, BRÄHLER, RICHTER, 1975, S. 9).

Das Verfahren ist ausdrücklich auch für Längsschnittkontrollen entwickelt um Therapieeffekte zu überprüfen. In der vorliegenden Längsschnittuntersuchung sind diese Effekte der Nichteintritt einer erwarteten Entwicklung, die auch als Intervention durch die eigene Erwartung gekennzeichnet werden können.

Der Test erfaßt neben zeitkonstanten auch zeitvariable Merkmale. Die Standardskalen haben eine mittlere innere Stabilität von r = 0,86 und erfassen "im Mittel zu ca. 50 % zeitkonstante und zu weiteren 25 % zeitvariable, stabile Merkmale. Der Rest von 25 % geht auf unaufgeklärte zeitvariable Faktoren, die mit großer Wahrscheinlichkeit zu weiteren Anteilen auf Unterschiede zwischen den Personen und auf Interaktionen der Personen mit den Items zurückzuführen sind". (BECKMANN, RICHTER 1975, S. 35).

Zu bestimmten Zeitpunkten während der Entwicklung des behinderten Kindes soll versucht werden, mit Hilfe des GIEßEN-Testes zu klären, ob sich in der Wahrnehmung der sozialen Beziehungen und dem subjektiven Befinden der Mutter Veränderungen einstellen, wobei, wie bei entwicklungspsychologischen Untersuchungen üblich (BALTES 1979), die intraindividuellen Veränderungen und die interindividuellen Unterschiede in intraindividuellen Veränderungen im Blickpunkt stehen. Als antezedente Bedingung wird die Erfahrung im Umgang mit Behinderten eingeführt und es wird erwartet, daß diese distale Beziehung die Varianz zwischen den Gruppen erklären kann.

Das Verfahren ist bipolar aufgebaut und umfaßt 6 Skalen:

1. Soziale Resonanz
   Negative soziale Resonanz (NR) - positive soziale Resonanz (PR)
2. Dominanz
   dominant (DO) - gefügig (GE)
3. Kontrolle
   unkontrolliert (UK) - zwanghaft (ZW)
4. Grundstimmung
   hypomanisch (HM) - depressiv (DE)
5. Durchlässigkeit
   durchlässig (DU) - retentiv (RE)
6. Soziale Potenz
   sozial potent (PO) - sozial impotent (IP)

Für die einzelnen Skalen bestehen Kurzbeschreibungen.

Der Test wurde insgesamt dreimal revidiert, die vorliegende Form mit insgesamt 40 Items ist seit 1972 verfügbar. Eine Neustandardisierung wurde 1977 vorgenommen. Der Test erfaßt nicht Persönlichkeitsmerkmale als Eigenschaften einer Person (BECKMANN 1979). So ist auch von der Testkonstruktion her Sorge getragen, daß der Person nicht 'wahre' Merkmale zugeschrieben werden. Über Sinn

und Zweck der Befragung wurde mit den Müttern gesprochen. Sie wurden einbezogen in die Auswertung, d.h. die Ergebnisse führten zu ausgeprägter Selbstwahrnehmung und die Mütter fühlten sich nicht 'benützt' für irgendwelche Forschungszwecke, sondern in den Prozeß, der sie ja schließlich selbst betrifft, voll einbezogen. Die Abnahme aller Verfahren wurde in das jeweilige Setting klar eingebettet und damit ein übermäßiges Agieren verhindert, zumal es sich bei dem gesamten Prozeß nicht um eine Therapie handelte.

Stimmungslage

6.3.

Zur Erfassung der augenblicklichen Stimmung wurden die Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung (SES) von HAMPEL (1977) benützt. In sechs Dimensionen werden die Stimmungszustände untersucht:

1. gehobene Stimmung
2. gedrückte Stimmung
3. Mißstimmung
4. ausgeglichene Stimmung
5. Trägheit
6. Müdigkeit.

Das Verfahren umfaßt sechs mal vierzehn = vierundachtzig auszuwertende Items, sechs Items sind zusätzlich als Pufferitems hinzugefügt.

Die Reliabilitäten für die SES können als befriedigend bezeichnet werden.

SES - L	r_{tt}
Gehobene Stimmung	.96
Gedrückte Stimmung	.94
Mißstimmung	.95
Ausgeglichene Stimmung	.91
Trägheit	.94
Müdigkeit	.96

Die Faktoren Müdigkeit und Trägheit und Mißstimmung und gedrückte Stimmung korrelieren relativ hoch miteinander. Die Items der gehobenen und gedrückten Stimmung fallen auf nahezu orthogonale Faktoren.

Pro Stimmungsitem gibt die Person eine Gewichtszahl von von 1 - 7 an, wobei 1 den geringsten und 7 den stärksten Ausprägungsgrad des adjektiven Stimmungsindex kennzeichnet.

Durch die Skalierung ist die intra- und interindividuelle Vergleichbarkeit möglich.

Das Vorhaben des Testautors, "die SES mit den nichtmetrischen Skalierungstechniken von GUTTMAN-LINGOES (1973) zu analysieren und danach evtl. validere Skalen-Kategoriengewichte und Skalenwerte mitzuteilen", ist "in der Planung" (schriftliche Mitteilung) steckengeblieben.

Ein Zugang zum Stimmungsgeschehen als Informationsquelle über den augenblicklichen Zustand des Individuums ist der verbale Bericht. Derjenige kann am besten seine Stimmung beschreiben, der sie auch erlebt. Durch die Vorgabe standardisierter Adjektivlisten können die Nachteile eines freien Berichtes vermieden werden. Die Person hat gelernt, unter bestimmten situativen Bedingungen wahrzunehmen, wie

es ihr 'geht' und man kann davon ausgehen, daß, in Abhängigkeit von geographischen und sozioökonomischen Merkmalen, gelernt wurde, Eigenschaftswörter im richtigen Kontext zu gebrauchen.

Spontan werden differenzierte Aussagen wohl selten gemacht, doch reagiert das Individuum auf Befragen. Die Äußerungsbereitschaft spielt eine Rolle, wobei in einer wiederholten Anwendung einer Eigenschaftswörterliste der Grad der Aufrichtigkeit steigt und damit auch der der Genauigkeit. Schließlich ist der Person auch bekannt, daß hier nicht eine Eigenschaft zugeschrieben wird, sondern eine a u g e n b l i c k l i c h e S t i m m u n g erfaßt werden soll.

Dem kommt auch entgegen, wenn die Person nicht nur wählen kann zwischen 'traurig' oder 'nicht-traurig', sondern die Möglichkeit der Abstufung für diesen Zustand hat. Geklärt ist auch noch nicht, ob eine bipolare Anordnung (heiter-traurig) empirisch gerechtfertigt ist (JANKE & DEBUS 1978).

HAMPEL (1977) geht davon aus, daß die entscheidende Information über das Stimmungsgeschehen der Person durch deren verbalen Selbstbericht erhalten werden kann; wohl habe die "Messung physiologischer Korrelate" und die "Fremdbeobachtung von Aussdruckserscheinungen" der Stimmung einen hohen Grad an Objektivierbarkeit und Meßbarkeit gebracht, doch der Selbstbericht sei zur "Deutung" der Meßergebnisse erforderlich, denn gefragt ist nicht ein Intensitätsgrad, sondern die spezifische Qualität des Erlebens (S.43).

6.4. Analyse der Daseinstechniken

In der Exploration zum vierten Zeitpunkt wurde allen Beteiligten die Frage gestellt: "Wie werden Sie damit fertig, ein behindertes Kind zu haben?"

Eine Befürchtung, zu wenig Information zu bekommen, bestand nicht. Einmal war die Situation vertraut, zum andern besteht bei Frauen eine größere Äußerungsbereitschaft und größere Erlebnisintensität (THOMAE & LEHR 1983).

Die Inhaltsanalyse der vier herausgegriffenen Daseinstechniken (Leistungstechniken, Anpassung, defensive Techniken, evasive Techniken) wurde aufgrund der vorgegebenen Kategorien durch mehrere Beurteiler vorgenommen.

Die von THOMAE konzipierten Daseinstechniken zeichnen sich durch große Lebensnähe aus, doch ist es oft problematisch, sie voneinander abzugrenzen. Die Zuordnung wurde nach folgenden Kriterien vorgenommen:

L e i s t u n g s t e c h n i k e n : Aktive Auseinandersetzung, Bewältigung durch eigene Anstrengung.

A n p a s s u n g : Veränderung der eigenen Einstellung, d.h. "Anpassung an die institutionellen Aspekte der Situation" und Anpassung an die sachlichen Aspekte der Situation. Die eigene Einstellung wird geändert durch "kognitive" und "praktische Anpassung", um die sonst unlösbare Problemsituation bewältigen zu können (THOMAE 1968, S. 383 ff).

D e f e n s i v e T e c h n i k e n :
Im Unterschied zu den evasiven Techniken b l e i b t die Person im Bereich der Herausforderung, versucht schädliche Impulse abzuwehren, unter Umständen durch Einschränkung eigener Lebensqualität.

E v a s i v e T e c h n i k e n :
Die Person e n t f e r n t sich aus dem Spannungsfeld, entzieht sich der Aufgabe; insofern ist diese Technik handlungsorientiert.

Antworten wie

"Ich habe schon immer gesagt, wenn es schwierig wurde, nun erst recht".
"Durch mein Kind bin ich mit vielen Leuten zusammengekommen und habe erst gemerkt, was ich eigentlich kann".
"Mein Mann und ich sind uns einig, daß dies unsere Aufgabe ist".
"Ich glaube, ich werde als 'schlechte' Mutter eingeschätzt, weil ich streng und ganz 'normal' mit dem Kind umgehe",

werden als aktive Auseinandersetzung mit dem kritischen Lebensereignis den L e i s t u n g s t e c h n i k e n zugeordnet.

Der Daseinstechnik A n p a s s u n g (Änderung der eigenen Einstellung) wurden folgende Beispiele zugeordnet:
"Auch dahinter steckt ein Sinn".
"Eigentlich müssen wir uns jeden Tag neu auf unser Kind einstellen, nur so geht es".
"Wir haben unsere Erwartungen ans Kind weggesteckt, seitdem ist der Streß weg".
"Hauptsache, meinem Kind geht es gut, wenn es mir da auch mal schlecht geht".

Beispiele für d e f e n s i v e T e c h n i k e
(B l e i b e n im Bereich der Herausforderung, jedo
Abwehr):

"Ich bin ja so froh, daß niemand dem Kind etwas ansie
"Wir haben kein behindertes Kind, es ist nur anders".
"Wenn die 'lieben' Mitmenschen nicht wären, die sorge
schon dafür, daß man immer wieder daran denkt".
"So schlimm ist es doch nicht mit ...".

Beispiele für e v a s i v e T e c h n i k e n
(H e r a u s g e h e n aus dem Spannungsfeld):

"Es hat doch alles nichts genützt".
"Viele sagen, ich solle das Kind weggeben".
"Das Schlimmste ist doch überstanden, es kann nur
besser werden".
"Manchmal möchte ich von meinem Kind nichts mehr
wissen, aber das kann ich ja niemandem sagen".

Das Kriterium Objektivität,als Maß für die Übereinstimmung verschiedener Auswerter, wurde erfüllt (s. auch 9.6.).

6.5. Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik

Die "Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik" prüft den Entwicklungsstand eines Kindes im Entwicklungsalter bis zu drei Jahren in acht Funktionsbereichen:

1. Krabbelalter
2. Sitzalter
3. Laufalter
4. Greifalter
5. Perzeptionsalter
6. Sprechalter
7. Sprachverständnisalter
8. Sozialalter.

Die Testaufgaben werden registriert durch "gelöst" - "nicht gelöst" und das Entwicklungsalter festgehalten durch Transformation der Itemwerte der einzelnen Funktionsbereiche auf Skalen, in denen angegeben wird, wann 50 % und 90 % der Kinder diese Aufgabe gelöst haben. Grundlage sind Orientierungsdaten, die durch Längsschnittstudien an 1.600 Kindern erhoben wurden, die zwischen dem 3. und 7. Lebensmonat, im Alter von 6 und 12 Monaten und in jeweils einjährigen Abständen bis zum 5. Lebensjahr untersucht wurden. Es bestehen 50 % und 90 % Normen; letztere gelten als Mindestnorm.

Ziel ist es nicht, einen Entwicklungsquotienten zu erfahren, sondern es sollen die 10 % der Kinder herausgefunden werden, die den Leistungsstand der übrigen 90 % nicht erreichen und der Förderung bedürfen. Ein Entwicklungsquotient oder ein Gesamtentwicklungsalter würde nichts über die Art der Retardierung aussagen.

Nicht günstig ist es, daß die Skalen mit G r e i f - a l t e r u.s.w. bezeichnet werden; damit werden Ergebnisse als Skalenbezeichnung verwendet. Durch Eintragung der Werte in ein "Entwicklungsprofil" (s.Anhang) kann unmittelbar festgestellt werden, in welchen Bereichen Abweichungen vorhanden sind. Eine Retardierung von einem Monat wird dazu führen, daß zu einer baldigen Wiederholungsuntersuchung geraten wird, Abweichungen von zwei und mehr Monaten legen den Verdacht einer Retardierung in diesem Funktionsbereich nahe und führen zur Einleitung einer "Entwicklungstherapie".

Angaben über testtheoretische Gütemerkmale liegen nicht vor. Doch berufen sich die Autoren auf "praktische Relevanz" und diese muß dem Verfahren zugestanden werden, wenn es als Grundlage für die Entwicklungstherapie

angesehen wird, nicht aber als Kriterium für irgendwelche Klassifizierungen eines Kindes. So wird von FILIPP & DOENGES (1983, S. 247) kritisch angemerkt, daß "innerhalb eines einzigen eng umgrenzten Verhaltensbereiches ... eine hohe intraindividuelle Reaktionsvariabilität möglich" ist, die "unberücksichtigt" bleibe.

FILIPP & DOENGES weisen besonders auf die "Ordinalskalen zur Sensomotorischen Entwicklung" von UZGIRIS und HUNT (1975) hin, die 1985 in deutscher Bearbeitung publiziert werden sollen (SARIMSKI 1985). Bei den Orinalskalen werden die Testitems aus der Theorie, die Aussagen über das Verlaufsmodell der Entwicklung gemacht, abgeleitet, den "chronologischen Altersvariablen wird eine nur sekundäre Bedeutung zugemessen" (FILIPP & DOENGES, S. 276). So kann ein individuelles Entwicklungsniveau des Kindes beschrieben werden. Für die Beantwortung der Frage nach der Therapiebedürftigkeit müßte jedoch eine Normierung eingeführt werden, was möglich wäre (SARIMSKI s.o.). Auch sei zu bedenken, ob "behinderte Kinder in der Genese kognitiver Kompetenzen die gleiche Sequenz von Entwicklungsschritten durchlaufen wie gesunde Kinder" (S.376). Schließlich beschränkt sich die Diagnostik auf den kognitiven Bereich.

Eine Entwicklungsdiagnostik im frühkindlichen Bereich ist aber gekennzeichnet durch die Verzahnung von physischen und psychischen Funktionen. Die Untersuchung eines Kindes mit der "Münchener funktionellen Entwicklungsdiagnostik" wird durch eine neurokinesiologische Entwicklungsdiagnostik kompletiert. Diese Untersuchung wird von einem Kinderarzt vorgenommen.

Natürlich wäre es wünschenswert, wenn die Entwicklungsdiagnostik den Kriterien der Entwicklungsforschung entsprechen würde; doch zum Zeitpunkt dieser Untersuchung lagen für Kleinkinder keine brauchbareren Instrumente vor.

Die "Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik" ist zumindest ein Verfahren, das Fähigkeiten und Defizite aufdecken kann, also ein Suchverfahren, ohne eine Klassifikation vorzunehmen. Diese bliebe weiteren individualdiagnostischen Maßnahmen vorbehalten und unter diesem Gesichtspunkt ist, trotz der starken Kritik, (FILIPP & DOENGES 1983, S. 291) "Neben solchen Verfahren (gemeint ist das Testverfahren zur Erfassung kognitiver Operationen für Kinder im Alter zwischen 5 und 8 Jahren. Anm. der Verfn.), deren entwicklungstheoretische Grundlegung durch viele Vorarbeiten geleistet werden konnte, erscheinen andere Instrumente, die eine solche Grundlegung vermissen lassen, umso problematischer und, sofern ihre Testbefunde zur Planung einer korrektiven Entwicklungsintervention herangezogen werden, in manchen Fällen auch nicht verantwortbar (z. B. HELLBRÜGGE et al., 1978)" die Anwendung der "Münchener funktionellen Entwicklungsdiagnostik" zu vertreten.

Zudem wurde dem Vorwurf der "Zustandsdiagnostik" (FILIPP & DOENGES s.o.) dadurch aus dem Wege gegangen, daß es sich um eine Längsschnittuntersuchung, also Wiederholungsmessungen handelt. Dies ist auch bei der Konstruktion des Verfahrens ausdrücklich als Bedingung vermerkt. Wenn also für die Untersuchung zu einem Zeitpunkt die interindividuelle Differenz - Abweichung von der erwarteten Lösungshäufigkeit der Items - festgehalten wird, so in der Wiederholungsmessung die intraindividuellen Veränderungen und natürlich auch wieder die interindividuellen Differenzen.

6.6. SNIJDERS-OOMEN nicht-verbale Intelligenzuntersuchung

Die Testreihe ist nicht-verbal, d.h. sie kann ohne Anwendung gesprochener oder geschriebener Sprache, sowohl seitens des Versuchsleiters, als auch der Versuchsperson durchgeführt werden. Doch besteht die Möglichkeit, verbale Anweisungen zu geben.

Das Verfahren besteht aus acht Subtests, von denen jeder eine Anzahl Aufgaben für alle Altersstufen, vom dritten Jahr an bis zur Stufe der Erwachsenen umfaßt.

Jeder Subtest besteht wiederum aus mehreren homogenen Teilen.

Je zwei der acht Subtests sind nach psychologischen Gesichtspunkten zu vier Testgruppen zusammengefaßt. So ist auch die ganze Testreihe aufzufassen als eine Kombination von zwei kürzeren Parallelreihen von vier Subtests.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Subtests:

- Mosaik
- Gedächtnis
- Kombination
- Zeichnen
- Sortieren

ausgewählt.

Der Subtest Zeichnen wurde der Vierer-Kombination hinzugefügt, da Zeichnen sowohl ein traditionelles,

als auch sehr ergiebiges Mittel zur Untersuchung der Intelligenz und, vor allem für diese Population, der Feinmotorik ist.

Das an einer Eichpopulation holländischer Kinder überprüfte Verfahren zeigt bei Vergleichsuntersuchungen an deutschen und Kindern anderer Nationen, gute Übereinstimmungen. Untersuchungen an größeren Stichproben stehen allerdings noch aus.

Für die einzelnen Untertests lassen sich die Intelligenzalter bestimmen, das mittlere Intelligenzalter gilt als repräsentativ; die Summe der Standardwerte ist Ausgangswert für die Bestimmung des Intelligenzquotienten. Die Halbierungsreliabilitäten für die Untertests und verschiedene Altersstufen liegen zwischen .45 und .93, für die Gesamtskala zwischen .91 und .95. Die Werte sind für Hörende und Taubstumme angegeben.

7. Beschreibung der Stichprobe

An der 1977 beginnenden Untersuchung nahmen 24 Mütter im Alter von 18 bis 33 Jahren mit 24 Kindern teil.

Es wurden zwei Gruppen gebildet nach dem Kriterium, ob ein direkter Kontakt mit Behinderten vor Beginn der Schwangerschaft bestand.

Folgende Kontakte wurden angegeben:

- Behinderte in der Familie
- Behinderter als Nachbar
- Behinderter als Arbeitskollege
- Behinderter als Klassenkamerad
- Behinderter im Konfirmandenunterricht (2 Jahre)
- Mit Behinderten in einer Freizeit
- Wohnung neben einem Kindergarten für Behinderte
- Praktikum an einer Behinderteneinrichtung.

Die Mütter mit diesen Erfahrungen wurden in der Gruppe "Erfahrene" zusammengefaßt, die anderen Mütter in der Gruppe "Unerfahrene", wobei diese natürlich auch über Behinderungen im allgemeinen informiert waren.

Die Prüfung der Kontrollvariablen ergab keine signifikanten Unterschiede (s.Tabellen 1 - 7).

Tab. 1: Alter der Mütter in Jahren

P.	Gruppe Erfahrene	P.	Gruppe Unerfahrene
1	18 Jahre	1	26 Jahre
2	2o	2	21
3	25	3	28
4	22	4	24
5	29	5	18
6	35	6	19
7	21	7	23
8	23	8	29
9	23	9	3o
1o	32	1o	22
11	19	11	2o
12	24	12	21
	289 Jahre		281 Jahre

$\hat{u}$ = 0,04 n.S. (p > 0,05; LORD-Test 1947)

Tab. 2 : Berufstätigkeit der Mütter

	ja	nein
Gruppe Erfahrene	9	3
Gruppe Unerfahrene	8	4

$\chi^2 = 0,20$ n.S. $(p > 0,05)$

Keine der Mütter arbeitete vollberuflich zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung. Als Berufstätigkeit wurde bezahlte Arbeit definiert und die Mitarbeit der Frau im eigenen Betrieb, wobei Rentenversicherungsbeiträge gezahlt wurden.

Tab. 3 : Geschlecht des Kindes

	m	w
Gruppe Erfahrene	7	5
Gruppe Unerfahrene	6	6

$\chi^2 = 0,18$ n.S. $(p > 0,05)$

Tab. 4 : Behinderung des Kindes

	K	G
Gruppe Erfahrene	7	5
Gruppe Unerfahrene	6	6

Häufigkeitsverteilung.

Für den Schweregrad der Behinderung wurden nur zwei Kategorien gebildet, da im Zeitpunkt der ersten Untersuchung prognostische Aussagen nicht möglich sind.

K : Mittelschwere Körperbehinderung - Halbseitenlähmung, erhebliche Koordinationsstörungen.
G : Erheblicher geistiger Entwicklungsrückstand - partielle intellektuelle Ausfälle.

Für alle Kinder war eine Entwicklungstherapie notwendig und zum Zeitpunkt 4 wurde der Besuch der Schule für Körperbehinderte bzw. der Schule für Lernbehinderte erforderlich.

Tab. 5 : Sozioökonomisches Milieu

	Gruppe E		Gruppe U	
	Frau	Mann	Frau	Mann
Akademiker und Maturaberufe	2	5	3	3
Angestellte und kleine Selbständige	6	4	6	5
Arbeiter	4	3	3	4

Häufigkeitsverteilung

Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung war keine der Mütter alleinstehend (auch zum Zeitpunkt 4 lebten alle Frauen mit ihrem Partner zusammen).

Erfragt wurde die berufliche Situation und, aufgeschlüsselt nach Frau, d.h. Mutter und Vater in vier Kategorien (s. Tab. 5) geordnet.

Tab. 6 : Schwere Erkrankungen in der Familie der Mutter

	ja	nein
Gruppe Erfahrene	3	9
Gruppe Unerfahrene	4	8

$\chi^2 = 0,20$ n.s. $(p > 0,05)$

Erfragt wurden in der Exploration zum Zeitpunkt 1 auch schwere Erkrankungen in der Familie: "Waren Vater oder Mutter oder eines ihrer Geschwister einmal schwer krank?" "Waren sie länger im Krankenhaus?" Mit dieser Fragestellung wird ausgeschlossen, daß ein Krankenhausaufenthalt durch längerfristige, nicht lebensbedrohliche Behandlungsmethoden verursacht sein könnte, die natürlich nicht als schwere Erkrankung eingestuft wurden.

Tab. 7 : Verluste in der Familie der Mutter

	ja	nein
Gruppe Erfahrene	4	8
Gruppe Unerfahrene	3	9

$\chi^2 = 0,20$ n.s. $(p > 0,05)$

Ebenfalls erfragt wurden in der Exploration zum ersten Zeitpunkt (s. Aufbau der Untersuchung S.62) Verluste der Mutter in ihrer bisherigen Lebensgeschichte, definiert als Verluste durch Tod von Vater, Mutter, Geschwistern (Verluste von eigenen Kindern oder Partnern kamen nicht vor).

Sowohl der Besuch eines Säuglingskurses als die Vorsorgeuntersuchungen beim Frauenarzt sind schwangerschaftstypisch und die Frauen wurden gebeten, auf einer fünfstufigen Ratingskala den Grad der Information einzuschätzen (s. Abb. 2). Eine Einschätzung "sehr positiv" bedeutet, daß die Information von der Mutter so aufgenommen worden ist, daß eine Rehabilitation bei verschiedenen Störungs- oder Behinderungsformen sehr wahrscheinlich ist. Der Rehabilitationsbegriff wird umfassend gebraucht. Ein Konsens ist über diesen Begriff nicht erzielt worden. SEIDENSTÜCKER (1980 S. 262) definiert Rehabilitation als "ein System medizinischer, psychologischer und sozialer Maßnahmen, das einen Geschädigten, Behinderten oder Kranken wieder zu einer optimalen Funktionsfähigkeit, d.h. meistens zur Arbeitsfähigkeit, zurückführt." Hier entsteht eher der Eindruck, daß es sich um ein sozialpolitisches Konzept handelt, das die Maßnahmen zur gesellschaftlichen Integration Behinderter beschreibt. Die Betonung liegt auf der Wieder-Eingliederung, im Sprachgebrauch wird jedoch, aufgrund der ähnlich gelegenen Problematik, mit dem Begriff Rehabilitation auch die Erst-Habilitation (HENSLE 1982) einbezogen.

Ein Säuglingskurs wurde von neun Müttern der Gruppe Erfahrene und 10 Müttern der Gruppe Unerfahrene im letzten Drittel der Schwangerschaft besucht. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht nicht, doch ist eine positive Tendenz in Gruppe Erfahrene deutlich.

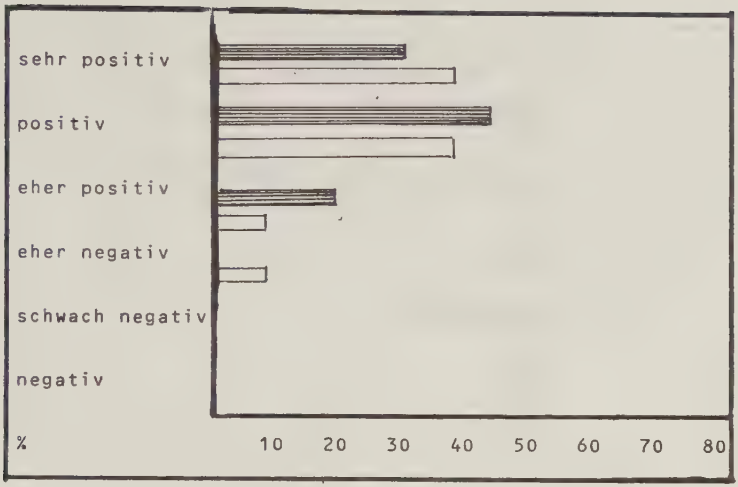


Abb. 2 : Information über Rehabilitationsmöglichkeiten im Säuglingskurs

Gruppe Erfahrene: ▬ Gruppe Unerfahrene: ▭

U-Test (u = 5 n.s.; p > 0,05)

Ebenso eingeschätzt wurde der Grad der Information durch den Frauenarzt. An dieser Befragung konnten alle Mütter teilnehmen. Die Mütter der Gruppe U unterscheiden sich signifikant von denen der Gruppe E :
die Mütter der Gruppe U sehen die Möglichkeiten einer Rehabilitation ausschließlich positiv (s. Abb. 2).

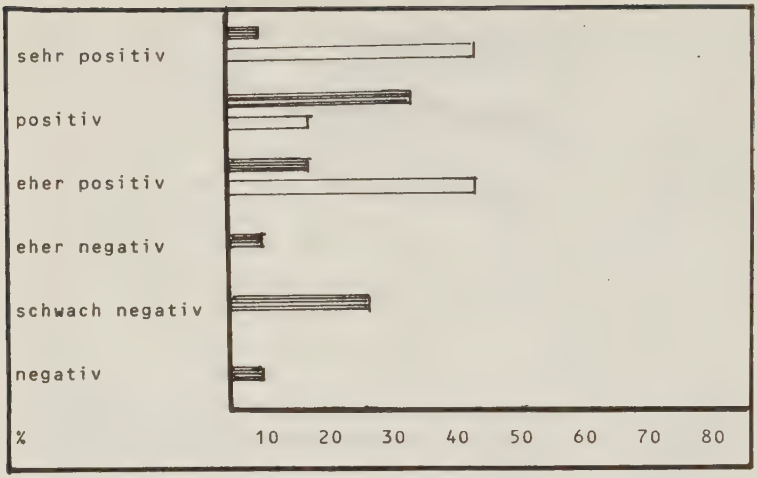


Abb. 3 : Information über Rehabilitationsmaßnahmen durch den Frauenarzt

Gruppe Erfahrene: ▬ Gruppe Unerfahrene: ▭

U-Test (u = 2,5 n.S.; p > 0,05)

Alle Mütter wohnten zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung in Nürnberg. Nur zwei Familien zogen nach Abschluß der Frühfördermaßnahmen, also vor Schulaufnahme des Kindes, in andere bayrische Großstädte.

Im Jahr der Geburt der Kinder, 1977, lebten in der Stadt Nürnberg 488.755 Einwohner. Auf dem qkm lebten 2.670 Personen.

Es wurden insgesamt 3.936 Kinder geboren, davon Mädchen 1.881, Knaben 2.055.

Aufgeschlüsselt nach dem Alter der Mutter bei der Geburt:

15	-	unter 20 Jahren	353
20	-	unter 25 Jahren	1.222
25	-	unter 30 Jahren	2.350
30	-	unter 35 Jahren	696
35	-	unter 40 Jahren	249
40	-	unter 45 Jahren	63
45	-	und mehr Jahren	3

Diese Angaben sind dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Nürnberg entnommen.

In der untersuchten Stichprobe gehören

4 Mütter in die Gruppe der 15 - 20 jährigen
12 Mütter in die Gruppe der 20 - 25 jährigen
5 Mütter in die Gruppe der 25 - 30 jährigen
3 Mütter in die Gruppe der 30 - 35 jährigen

8. Statistische Auswertung

Zur Prüfung der Differenz zweier Häufigkeiten (Nominalniveau) aus unabhängigen Stichproben wurden t-Test und CHI^2-Test angewendet. Als Kontrollvariablen wurden Alter, Berufstätigkeit der Mutter, Geschlecht des Kindes, schwere Erkrankungen und Verluste in der Familie der Mutter, Besuch eines Arztes, Besuch eines Säuglingskurses erhoben.

Für den Vergleich der beiden Gruppen hinsichtlich der ordinalskalierten Variablen 'Information über Rehabilitationsmöglichkeiten im Säuglingskurs', 'Information durch den Arzt über Rehabilitationsmöglichkeiten' und 'Einstellung zu Behinderten' wurde der verteilungsunabhängige u-Test von WILCOXON, MANN und WHITNEY (SACHS 1969) benützt.

Die Klassifikation des sozioökonomischen Milieus und des Grades der Behinderung werden nur in einer Häufigkeitsverteilung angegeben.

Die Auswertung der Tests erfolgte nach den üblichen, in den Handanweisungen vorgegebenen Richtlinien.

Für die Veränderungen im Selbstbild, Stimmungen der Mutter und Entwicklung des Kindes wurden Varianzanalysen für Meßwiederholungen und FRIEDMANN Rangvarianzanalysen gerechnet. Die Prüfung auf systematische Unterschiede in der Veränderung zwischen Gruppe Erfahrene und Gruppe Unerfahrene wurden mit t-Test und u-Test vorgenommen.

Zur Überprüfung der Beurteilerübereinstimmung für die Daseinstechniken wurde der Intraclass-Corre-

lationskoeffizient (BORTZ 1984) berechnet und die Prüfung auf Signifikanz mit dem u-Test vorgenommen.

Für die Datenanalyse wurden Computer-Programme aus dem Statistik-Programmsystem für die Sozialwissenschaften benützt (BAUER 1984).

Die von Gruppe Erfahrene angegebenen Kontakte mit Behinderten wurden in einem vollständigen Paarvergleich ("Law of comparative judgement" BORTZ 1984, S. 97 ff) ausgewertet. 92 Studenten der Sozialpädagogik beurteilen den Grad der Belastung in den verschiedenen Situationen (s. Anhang).

Der Grad der Belastung in absteigender Reihenfolge

- Mit einem Behinderten in der Familie leben.
- Mit einem Behinderten in eine Freizeit fahren.
- Mit einem Behinderten zusammenzuarbeiten.
- Einen Behinderten als Nachbarn haben.
- Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen.
- Ein Praktikum in einer Behinderteneinrichtung zu machen.
- Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen.
- Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht zu besuchen.

(s. Tabellen im Anhang).

9. Darstellung der Ergebnisse.

9.1. Kontrollvariablen:

Alter der Mutter, Berufstätigkeit der Mutter, Geschlecht des Kindes, Behinderungsart des Kindes,

sozioökonomisches Milieu der Familie, schwere Erkrankungen in der Familie.

Die Vergleichbarkeit der Gruppen ist gegeben, da in den angegebenen Variablen keine signifikanten Unterschiede bestehen.

9.1.1. Rehabilitationsinformation im Säuglingskurs

Natürlich gehen werdende Mütter in einen'Säuglingskurs', um für die ihnen bevorstehende Aufgabe zu lernen. Es ist unbestritten, daß dieses in realistischen Grenzen möglich ist.

Doch wird in den Kursen weithin davon augegangen, daß Rehabilitation, besser Erst-Habilitation, weithin möglich ist. Dieser pädagogische Optimismus geht, in seiner extremen Ausprägung, davon aus, daß der Mensch ein Produkt seiner Erfahrung ist. Gerade die Erfahrung lehrt jedoch, daß weder ein grenzenloser Optimismus noch eine pessimistische Position - Lernen und Erfahrungen machen sind in der extremen Sicht nicht möglich - nicht hilfreich sind für die Antizipation eines für die Person neuen Ereignisses.

Die Frauen sollen durch diese positive Sicht der Möglichkeiten bei Behinderungen motiviert werden, sowohl Vorsorgeuntersuchungen als auch spätereHilfsmöglichkeiten frühzeitig wahrzunehmen.

Dieses Verfahren wurde gegeben, um für die Frau die Einbettung des kritischen Ereignisses in ihr Leben

noch deutlicher erkennbar werden zu lassen.

Neun Mütter der Gruppe E und zehn Mütter der Gruppe U besuchten einen Säuglingskurs.
Der Leitfaden für diese Kurse (Deutsches Rotes Kreuz 1978) enthält Informationen über Rehabilitationsmaßnahmen, die auf pädagogischem Optimismus aufgebaut sind und Möglichkeiten der Rehabilitation überbetonen.

Den Grafiken in der Stichprobenbeschreibung (s. Abb. 2) ist zu entnehmen, daß die beiden Gruppen sich im Rating, d.h. der Einschätzung des Grades der Information über Rehabilitationsmöglichkeiten, nicht signifikant unterscheiden. Von den Frauen der Gruppe E werden die Rehabilitationsmöglichkeiten positiv, realitätsangepaßter eingeschätzt, während die Mütter der Gruppe U eine "sehr positive", aber auch eine "schwach negative" Einschätzung abgeben.

Diese Daten sind retrospektiv erhoben zu einem Zeitpunkt, in dem die Mütter wissen, daß ihr Kind behindert ist.

9.1.2. Rehabilitationsinformation durch den Arzt

Auch hier wird retrospektiv gearbeitet. Alle Mütter hatten die ihnen zustehenden Arztbesuche in Anspruch genommen. In Gruppe E mußten zwei Frauen, in Gruppe U eine Frau den Arzt nach Eintritt der Schwangerschaft wechseln, weil dieser die Geburtsleitung nicht übernahm. In Gruppe U wechselte noch eine Frau den Arzt,

weil dieser nicht in der von ihr gewünschten Klinik arbeitete.

Das Rating der beiden Gruppen (s. Abb. 3) unterscheidet sich signifikant.

In Gruppe E schätzte eine Frau die Rehabilitationsmöglichkeiten aufgrund der Arztinformation als "sehr positiv" und ebenfalls eine Frau als "negativ" ein. Sechs Frauen blieben im positiven Bereich, vier Frauen sehen die Tendenz "eher" oder "schwach negativ".

In Gruppe U wird die Arztinformation von allen positiv erinnert - fünf Frauen schätzen die Rehabilitationsmöglichkeiten als "sehr positiv", zwei Frauen als "positiv" und fünf Frauen als "eher positiv" ein.

Der Arzt ist, auch zum Zeitpunkt des Rating, Teil des Kontextes, in dem die Frauen leben. So kann angenommen werden, daß subjektive Wunschvorstellungen an die externe Kompetenz des Arztes bei den Frauen der Gruppe U die hohe Erwartung an die Rehabilitationsmöglichkeiten auch bei retrospektiver Abfrage überlagern.

Bei den Frauen der Gruppe E wird die klare Trennung zwischen Damals und Heute auch nicht gehalten werden können, doch werden sie Erfahrungsbestände in der Ratingsituation aktualisieren, die mit der realen Situation verglichen werden und somit zu einer realistischeren Einschätzung kommen.

9.2. Selbstentwicklung der Mütter mit spezifischer Erfahrung

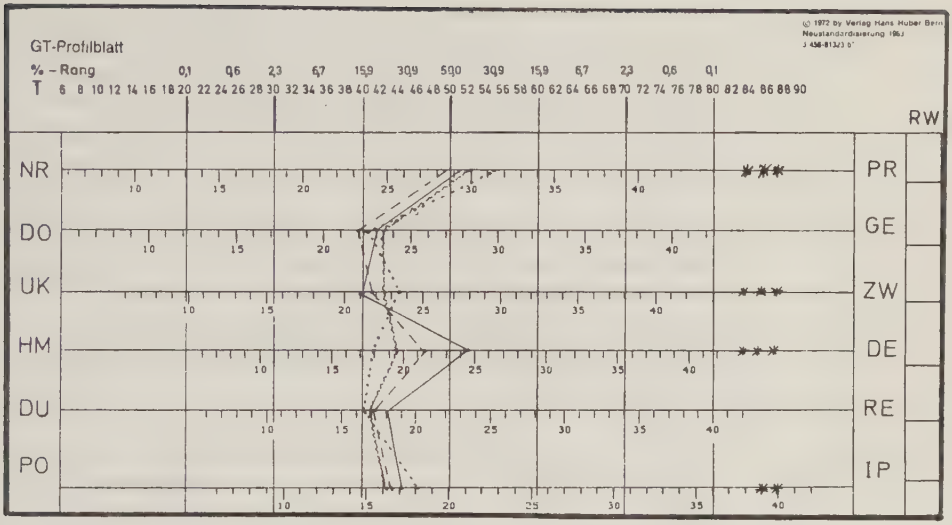


Abb. 4 : Entwicklung des Selbstbildes

t1 : _____ t2 : ____ t3 : - - - - t4 : .....

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

In den Bereichen Soziale Resonanz, Kontrolle, Grundstimmung und Soziale Potenz kommt es über die vier Meßzeiten zu signifikanten Veränderungen, wobei alle erreichten Werte im T-Wert-Bereich zwischen 40 und 60 liegen (s. Tab. 8 im Anhang).

In der Skala Soziale Resonanz, in der die Wirkung auf die Umgebung beschrieben wird, wird zum Zeitpunkt der Ersterhebung eine leicht positive Beschreibung gegeben, zum Zeitpunkt 2 sinkt das Maß an sozialer Bestätigung leicht ab. Im Zeitpunkt 3 und, sich noch steigernd, im Zeitpunkt 4, wird die Interaktion mit der Umwelt als gut wahrgenommen; die Frauen sehen sich in der Lage, ihre Interessen durchzusetzen.

Die Kontrolle, beschrieben als Ordnung halten, sich anstrengen, Wahrheit genau nehmen, Stetigkeit, bewegt sich von der Tendenz zu geringer Kontrolle im Zeitpunkt 1 über die folgenden Untersuchungszeitpunkte in Richtung 'kontrolliert', jedoch nicht in den Bereich 'überkontrolliert'.

In der Skala Grundstimmung erleben sich die Mütter im Zeitpunkt 1 bedrückt, eher ängstlich, eher abhängig, stark zu Selbstreflektion neigend. Diese als 'depressiv" beschriebene Tendenz verändert sich im Laufe der Entwicklung zu einer eindeutig positiven Stimmungslage.

Das Selbstvertrauen, in der Skala 6 'Soziale Potenz' im Vordergrund stehend, erhöht sich von Zeitpunkt 1 über 2 und 3, um sich zum Zeitpunkt 4 realitätsgerecht zu stabilisieren.

Nicht signifikant ist die Entwicklung in den Skalen Dominanz und Durchlässigkeit.

Die Tendenz geht in Richtung Dominanz, bedingt durch die ständig erlebte Forderung zur Durchsetzung. Doch wird nicht der soziale Kontakt aufs Spiel gesetzt, wie sich in der Skala Durchlässigkeit zeigt:
Hier ist die Tendenz zur Offenheit im Kontakterleben und -verhalten deutlich erkennbar.

9.2.1. Selbstentwicklung der Mütter ohne spezifische Erfahrung

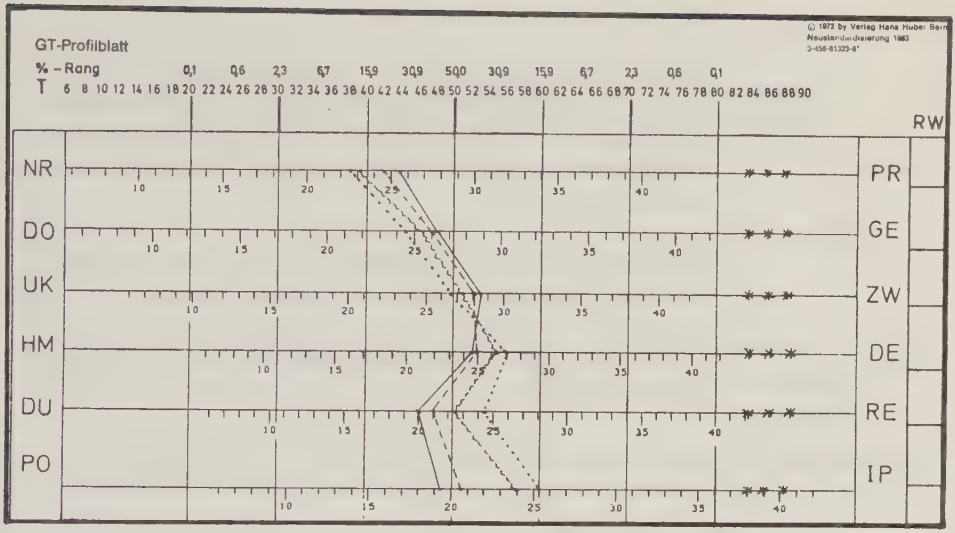


Abb. 5 : Entwicklung des Selbstbildes

t1 : ____ t2 : ____ t3 : - - - - t4 : .....

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

Bei den Frauen dieser Gruppe kommt es über die vier Meßzeitpunkte in allen Skalen zu signifikanten Veränderungen, wobei bis auf die Skala Soziale Resonanz alle Werte im T-Wert-Bereich zwischen 40 und 60 liegen (s.Tab. 8 im Anhang).

In der Skala Soziale Resonanz erleben diese Frauen ein zunehmend geringeres Maß an sozialer Beachtung und ihre Schwierigkeiten im Durchsetzen eigener Interessen sinkt im Zeitpunkt 3 auf einen T-Wert von 39 und im Zeitpunkt 4 auf einen T-Wert von 38.

Die ähnliche Entwicklung ist in der Skala Dominanz zu sehen; die ständig erlebte Forderung zur Durch-

setzung kann nicht getragen werden.

Die Kontrolle, zum Zeitpunkt 1 mit der Tendenz zur Aufrechterhaltung von Ordnung und Stetigkeit, bewegt sich über die vier Meßzeitpunkte in den Mittelbereich zwischen den beiden Richtungen kontrolliert und überkontrolliert.

Die Grundstimmung, im Zeitpunkt 1 im T-Wert-Bereich 52 liegend und damit nur eine leichte Tendenz signalisierend in Richtung einer ängstlichen, depressiven Grundstimmung, verändert sich über die vier Meßzeitpunkte gleichmäßig in Richtung dieser Tendenz.

Sehr starke Veränderungen sind in der Skala Durchlässigkeit zu sehen. Das Kontakterleben im Zeitpunkt 1 noch mit der deutlichen Tendenz zur Durchlässigkeit und Aufgeschlossenheit wird über die Meßzeitpunkte verändert in Richtung 'retentiv'.

Dementsprechend verändert sich auch in der Skala Soziale Potenz das Selbstvertrauen, bei der Erstmessung im Mittelbereich liegend, über die Meßzeitpunkte hin zu einem erheblich eingeschränkten Vertrauen an aktiven Möglichkeiten der eigenen Person.

9.2.2. Entwicklung des Selbstbildes im interindividuellen Vergleich.

Zum Zeitpunkt 1 unterscheiden sich die Frauen der beiden Gruppen signifikant in den Skalen Soziale Resonanz, Dominanz und Kontrolle.

Zum Zeitpunkt 2 ist der Unterschied in allen Skalen signifikant. Im Zeitpunkt 3 ist die Signifikanz in der Skala Dominanz nicht gesichert, jedoch in allen anderen Skalen. Zum Zeitpunkt 4 ist der Unterschied in allen Skalen signifikant (s. Tab. 9 im Anhang).

9.2.2.1. Skala Soziale Resonanz

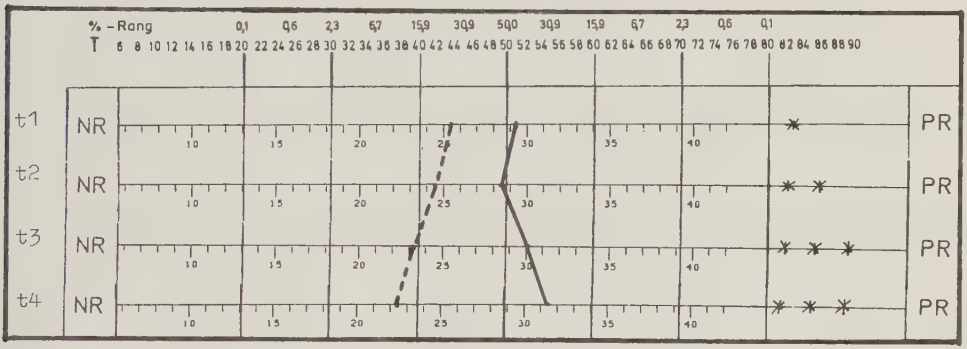


Abb. 6 : Entwicklungsverlauf im Gruppenvergleich

Gruppe Erfahrene: —— Gruppe Unerfahrene: - - - -

* p = 0,005 ** p = 0,01 *** p = 0,001

Zum Zeitpunkt der ersten Untersuchung sehen sich die Frauen der Gruppe E eher positiv bestätigt durch ihre Umwelt, während die Frauen der Gruppe U nicht so empfinden und meinen, ihre Interessen nur schwer durchsetzen zu können.

Vier Monate nach Beginn der Entwicklungstherapie verringert sich in beiden Gruppen das empfundene Maß an

sozialer Bestätigung.

Mit der Aufnahme des Kindes in eine Kleingruppe als Vorbereitung für die Aufnahme in den Kindergarten, erleben die Frauen der Gruppe E eine Bestätigung ihrer selbst, die Frauen der Gruppe U erleben dieses nicht. Drei Monate vor der Schulaufnahme ihrer Kinder sinkt das Maß an empfundener sozialer Beachtung bei den Frauen der Gruppe U weiter, sogar unter den T-Wert 40, während die Frauen der Gruppe E die Interaktionen mit der Umwelt positiver als zum Zeitpunkt 3 erleben.

9.2.2.2. Skala Dominanz

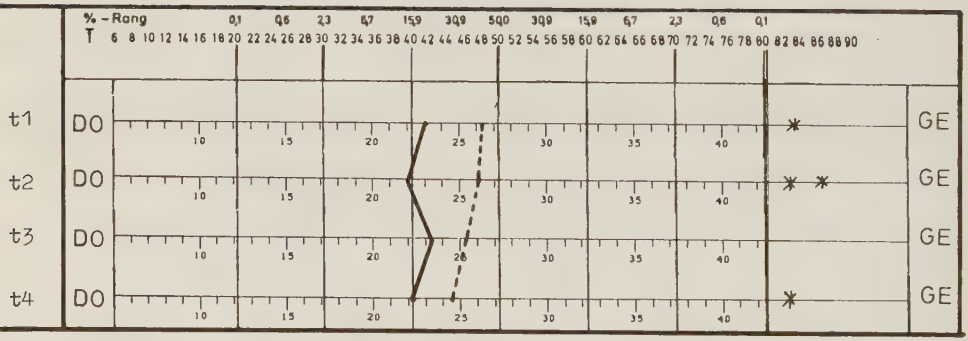


Abb. 7 : Entwicklungsverlauf im Gruppenvergleich

Gruppe Erfahrene: ——— Gruppe Unerfahrene: - - -

* p = 0,05 ** p = 0,01

Die Frauen der Gruppe E stellen sich in der Erstuntersuchung durchsetzungswilliger, aber auch unge-

duldiger dar als die Frauen der Gruppe U.

Vier Monate nach Therapiebeginn reagieren die Frauen beider Gruppen durchsetzungsbereiter und ungeduldiger, die Frauen der Gruppe E stärker als die Frauen der Gruppe U.

Zum Zeitpunkt 3 erleben sich die Frauen beider Gruppen weniger unterschiedlich - die Frauen der Gruppe E können ihre Ungeduld zugunsten einer günstigeren Kooperation mit der Umwelt zurücknehmen, während die Frauen der Gruppe U sich durchsetzungsstärker erleben.

Vor der Schulaufnahme setzt sich die Tendenz zu dominantem Verhalten in beiden Gruppen durch.

9.2.2.3. Skala Kontrolle

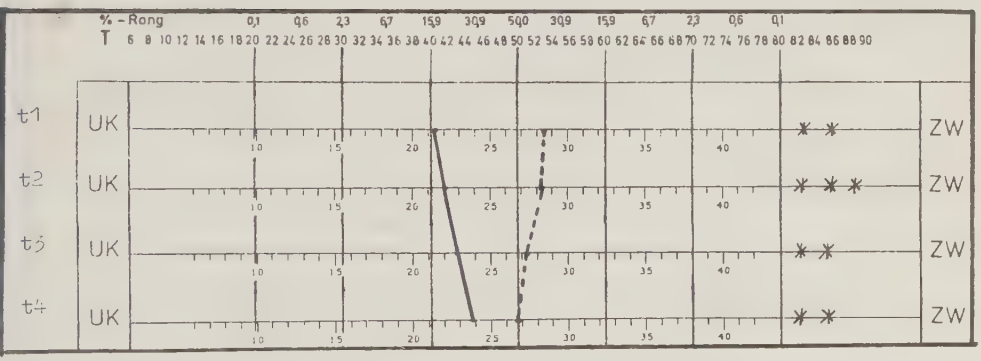


Abb. 8 : Entwicklungsverlauf im Gruppenvergleich

Gruppe Erfahrene:——— Gruppe Unerfahrene:- - -

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

In beiden Gruppen findet eine stetige Veränderung statt. In Gruppe E läuft die Entwicklung von einer eher zu geringen Kontrolle zu einem ausgeglichenen und stetigen Verhalten. Die Frauen der Gruppe U können ihre Tendenz zu Übereifrigkeit zugunsten einem ausgeglichenen und stetigen Verhalten zurücknehmen.

9.2.2.4 Skala Grundstimmung

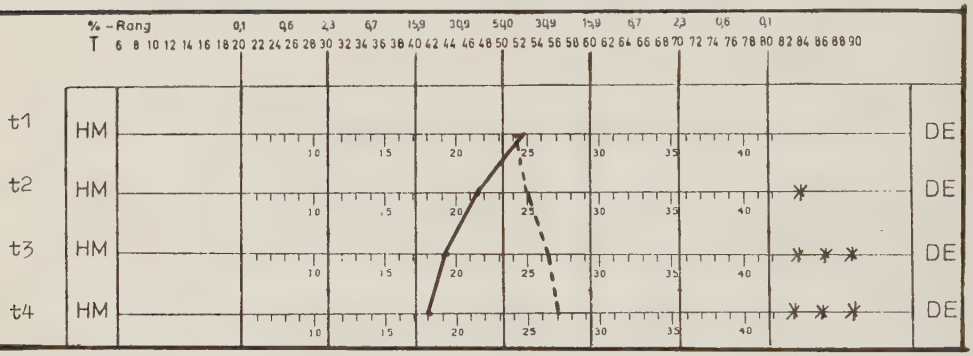


Abb. 9 : Entwicklungsverlauf im Gruppenvergleich

Gruppe Erfahrene:——— Gruppe Unerfahrene:- - -

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

In der Erstuntersuchung schildern sich die Frauen beider Gruppen kaum unterschiedlich, eher bedrückt, ängstlich, abhängig und stark zur Selbstreflektion neigend.

Nach vier Monaten Entwicklungstherapie hat sich diese Tendenz in Gruppe U verstärkt, während die Frauen der Gruppe E ihrer selbst sicherer werden und eine positive Stimmungslage sich anbahnt.

Diese Entwicklung setzt sich in beiden Gruppen in den Untersuchungszeitpunkten 3 und 4 fort.

9.2.2.5. Skala Durchlässigkeit

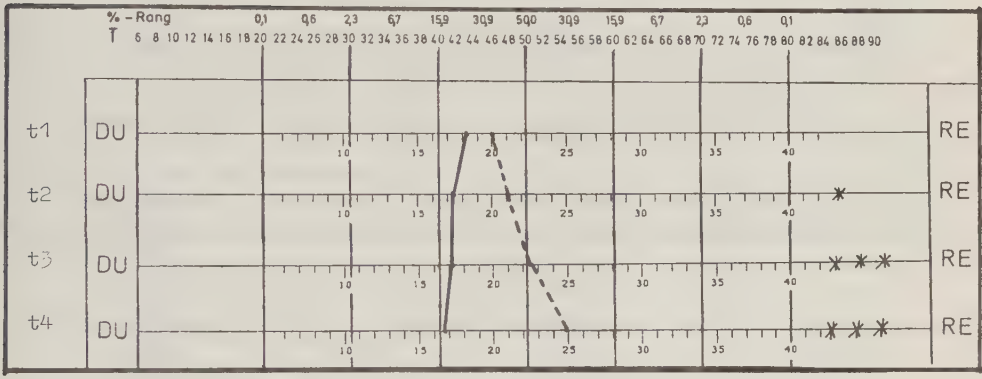


Abb. 10 : Entwicklungsverlauf im Gruppenvergleich

Gruppe Erfahrene:—— Gruppe Unerfahrene:- - -

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

Das Kontakterleben der Frauen unterscheidet sich im Zeitpunkt 1 nur wenig. Die Tendenz zur Offenheit ist in beiden Gruppen vorherrschend.

Die Entwicklung geht jedoch in Gruppe E über die Aufgeschlossenheit zu Kontakten zur Kontaktsicherheit. Die Frauen der Gruppe U ziehen sich zunehmend zurück und verschließen sich.

9.2.2.6. Skala Soziale Potenz

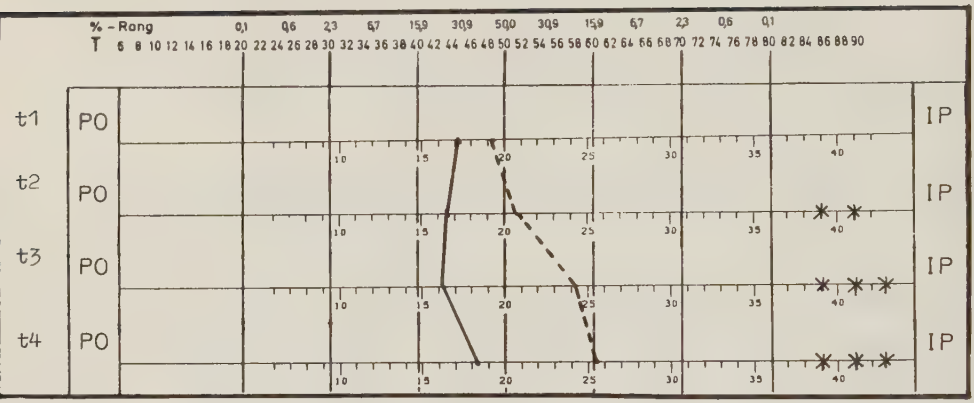


Abb. 11 : Entwicklungsverlauf im Gruppenvergleich

Gruppe Erfahrene: ——— Gruppe Unerfahrene: - - -

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

Auch in diesem Bereich unterscheiden sich die Frauen der beiden Gruppen in der Erstuntersuchung nicht wesentlich. Das Selbstvertrauen der Frauen von Gruppe E erhöht sich vier Monate nach Therapiebeginn und erhält sich so auch zum Zeitpunkt der Gruppenanbahnung für das Kind.

Die Frauen der Gruppe U erleben sich zunehmend 'impotenter' und die Beeinträchtigung ihres Selbstvertrauens erreicht vor der Schulaufnahme des Kindes sogar einen T-Wert von 60.

Doch auch die Frauen der Gruppe E haben zu diesem Zeitpunkt weniger Selbstvertrauen.

9.3. Stimmungskurve der Mütter mit spezifischer Erfahrung

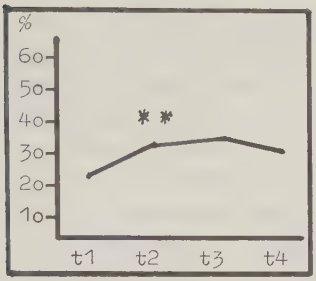


Abb. 12: Gehobene Stimmung

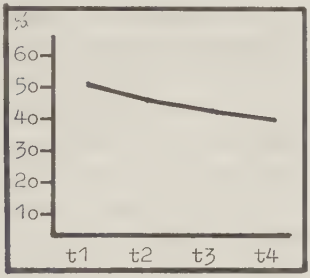


Abb. 13: Gedrückte Stimmung

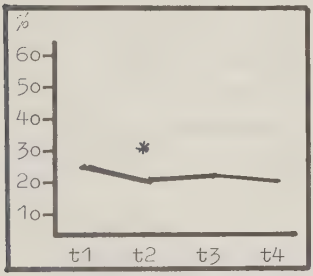


Abb. 14: Mißstimmung

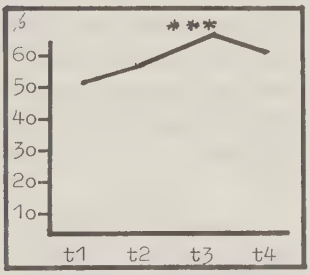


Abb. 15: Ausgeglichene Stimmung

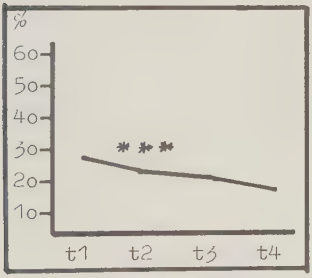


Abb. 16: Trägheit

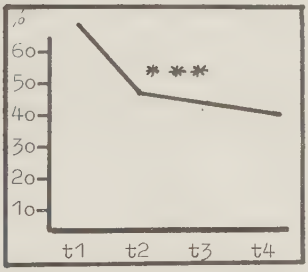


Abb. 17: Müdigkeit

* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

Die Stimmungskurve in den Dimensionen gedrückte Stimmung (Abb. 13), Mißstimmung (Abb. 14) und Trägheit (Abb. 16) zeigt keine groben Veränderungen (s. auch Tab. 1o im Anhang). In der Erstuntersuchung empfinden sich die Frauen eher in gedrückter Stimmung, die über die folgenden drei Zeitpunkte kontinuierlch, nicht signifikant, absinkt, während die gehobene Stimmung nach Beginn der Entwicklungstherapie kräftig ansteigt und sich stabilisiert, deutlich erkennbar in der ausgeglichenen Stimmung.

Die Dimensionen Mißstimmung (Abb. 14), Trägheit (Abb. 16) und Müdigkeit (Abb. 17) spiegeln den Zustand der Ausgeglichenheit (Abb. 15) ebenfalls: die große Müdigkeit in der Erstuntersuchung sinkt rapide nach Beginn der Entwicklungstherapie und nimmt weiter ab.

Ähnlich verläuft die Stimmungskurve Trägheit, während die Mißstimmung von Beginn an niedrig liegt, aber auch weiter abnimmt.

9.3.1. Stimmungskurve der Mütter ohne spezifische Erfahrung

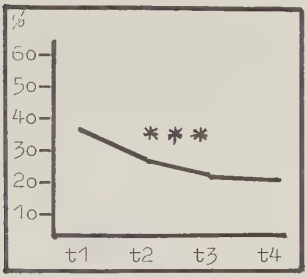


Abb. 18: Gehobene Stimmung

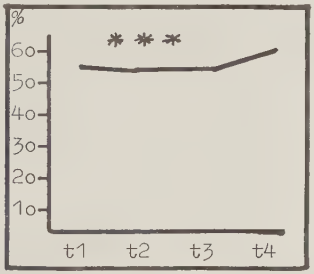


Abb. 19: Gedrückte Stimmung

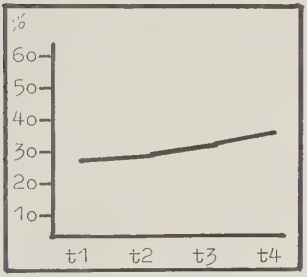


Abb. 2o: Mißstimmung

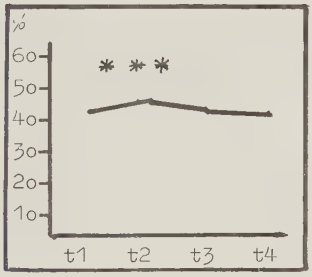


Abb. 21: Ausgeglichene Stimmung

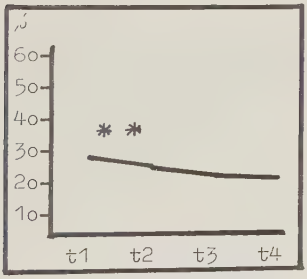


Abb. 22: Trägheit

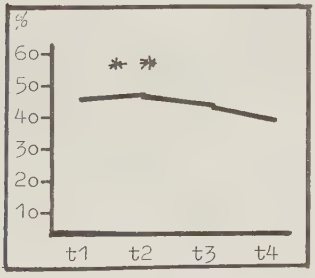


Abb. 23: Müdigkeit

* p = o,o5 ** p = o,o1 *** p = o,oo1

Die Frauen sind in der Erstuntersuchung gedrückter Stimmung (Abb. 19), sie steigt über den Untersuchungszeitraum an, während die gehobene Stimmung (Abb. 18) sinkt. Dem entspricht die Einschätzung der Frauen über ihr Ausgeglichensein (Abb. 21).

Die Mißstimmung (Abb. 2o) nimmt, nicht signifikant, zu, auch die Müdigkeit (Abb. 23) wird größer, doch wird die Trägheit (Abb. 22) sukzessiv geringer (s. Tab. 1o im Anhang).

9.3.2. Interindividueller Vergleich der Stimmungskurven.

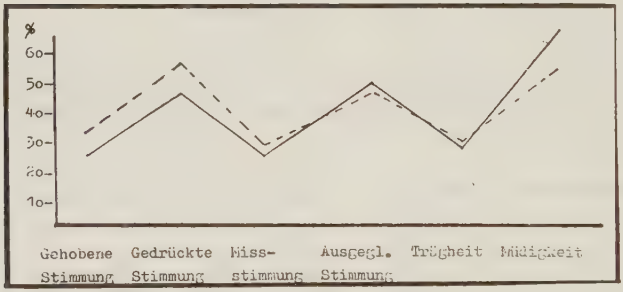


Abb. 24: Werte aller Stimmungsskalen zum Zeitpunkt t1
Gruppe Erfahrene: ——— Gruppe Unerfahrene: - - - -

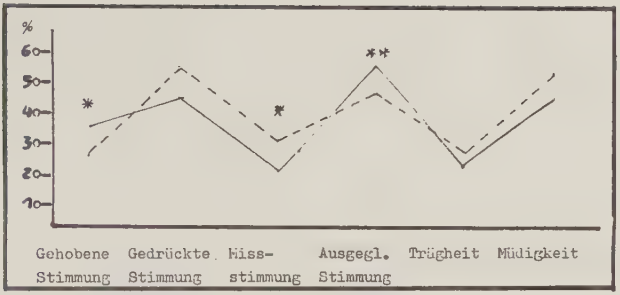


Abb. 25: Werte aller Stimmungsskalen zum Zeitpunkt t2
Gruppe Erfahrene: ——— Gruppe Unerfahrene: - - - -
* p = 0,05 ** p = 0,01

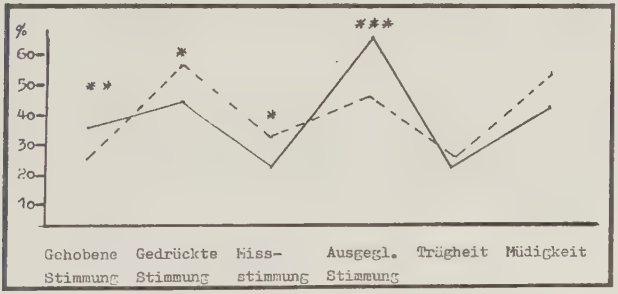


Abb. 26: Werte aller Stimmungsskalen zum Zeitpunkt t3
Gruppe Erfahrene: ——— Gruppe Unerfahrene: - - - -
* p = 0,05 ** p = 0,01 *** p = 0,001

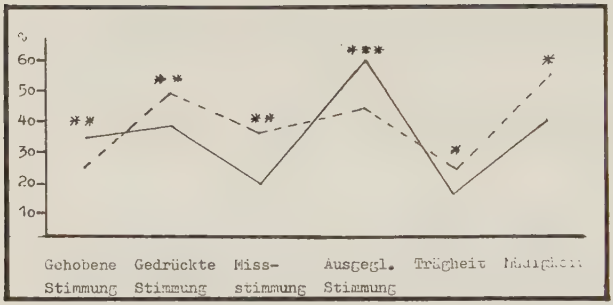


Abb. 27: Werte aller Stimmungsskalen zum Zeitpunkt t4
Gruppe Erfahrene: ——— Gruppe Unerfahrene: - - - -
* p = o,o5 ** p = o,o1 *** p = o,oo1

Die Stimmungslage der Frauen in der Erstuntersuchung weist in keiner Dimension signifikante Unterschiede auf (Tab. 11 im Anhang). Doch fühlen sich die Frauen ohne spezifische Erfahrung gehobenerer Stimmung als die Frauen mit spezifischer Erfahrung. Letztere sind jedoch weniger gedrückter Stimmung und nehmen sich auch ausgeglichener wahr als die Frauen ohne spezifische Erfahrung.

Die gehobene Stimmung sinkt bei den Frauen ohne spezifische Erfahrung schon nach Beginn der Entwicklungstherapie und diese Entwicklung hält an bei gleichzeitigem Ansteigen der gedrückten Stimmung und Abnahme der Ausgeglichenheit.

Die entgegengesetzte Entwicklung bei den Frauen mit spezifischer Erfahrung - ihre Stimmungslage bessert sich, die gedrückte Stimmung nimmt ab, die Ausge-

glichenheit zu, obwohl vor der Einschulung des Kindes die gehobene Stimmung leicht absinkt. Der Unterschied in der gedrückten Stimmung ist ab t3 - Gruppenanbahnung - signifikant.

Die Mißstimmung der Frauen ohne spezifische Erfahrung nimmt nach und nach zu, während sie bei den Frauen mit spezifischer Erfahrung, über den gesamten Zeitraum gesehen, geringer wird.

In beiden Gruppen geht die Trägheit zurück (signifikanter Unterschied zum Einschulungstermin).

Die große Müdigkeit der Frauen mit spezifischer Erfahrung nimmt erheblich ab, bei den Frauen ohne spezifische Erfahrung nimmt sie leicht zu (signifikanter Unterschied zum Einschulungstermin).

9.4. Zusammenfassende Beantwortung der Hypothesen.

9.4.1. Erwartungshypothese

Die Erwartungshypothesen wurden im Zeitpunkt der ersten Untersuchung geprüft.

- Nur die Frauen ohne Erfahrung haben Schwierigkeiten in der Durchsetzung ihrer Interessen;
- die Frauen erleben sich als dominant;
- nur Frauen mit Erfahrung erleben einen Kontrollverlust;

- die Frauen neigen zur Selbstreflektion;
- die Frauen sind aufgeschlossen für Kontakte;
- das Selbstvertrauen der Frauen ist gering eingeschränkt;
- die Frauen sind gedrückter Stimmung;
- die Frauen sind mißgestimmt und träge;
- die Stimmung ist bei den Frauen ausgeglichen.

Bestätigt werden konnte die Annahme, daß Frauen, deren Erwartung ein gesundes Kind zu haben nicht erfüllt wurde, im ersten Untersuchungszeitpunkt zur Selbstreflektion neigen, ein eingeschränktes Selbstvertrauen haben, eher gedrückter als gehobener Stimmung und träge und mißgestimmt sind.

Zurückgenommen werden müssen die Annahmen, daß die Frauen sich nicht als dominant erleben, daß sie nicht aufgeschlossen sind für Kontakte und eine unausgeglichene Stimmung haben.

Einen Kontrollverlust erleben nur die Frauen mit Erfahrung; Schwierigkeiten sich in der Umwelt durchzusetzen haben nur die Frauen ohne Erfahrung.

9.4.2. Erfahrungshypothesen

Die Überprüfung der Erfahrungshypothesen auf vermutete Unterschiede zwischen den Frauen mit Erfahrung und denen ohne Erfahrung ergab, daß

- Frauen mit Erfahrung geringere Schwierigkeiten haben, sich in der Umwelt durchzusetzen;

- Frauen mit Erfahrung sich dominanter erleben als solche ohne Erfahrung;
- Frauen mit Erfahrung erleben einen Kontrollverlust;
- die Selbstreflektion ist bei den Frauen mit Erfahrung ebenso stark wie bei den Frauen ohne Erfahrung;
- die Kontaktbereitschaft ist bei Frauen mit Erfahrung nur wenig größer als bei den Frauen ohne Erfahrung;
- das Selbstvertrauen der Frauen ohne Erfahrung ist gegenüber dem Selbstvertrauen der Frauen mit Erfahrung gering eingeschränkt;
- Frauen mit Erfahrung sind eher gedrückter als gehobener Stimmung, Frauen ohne Erfahrung sind eher gehobener Stimmung;
- Mißstimmung und Trägheit sind bei den Frauen mit Erfahrung bzw. den Frauen ohne Erfahrung gleich ausgeprägt;
- die Stimmung bei Frauen mit Erfahrung ist kaum ausgeglichener als bei Frauen ohne Erfahrung.

Bestätigt werden konnte die Annahme, daß Frauen mit Erfahrung geringere Schwierigkeiten haben, sich in der Umwelt durchzusetzen, sich dominanter erleben, eher gedrückter als gehobener Stimmung sind.

Nur geringe Unterschiede in Richtung der Hypothesen konnten im Kontaktbereich, im Vertrauen auf sich selbst und in der ausgeglichenen Stimmungslage gefunden werden. Nicht bestätigt werden konnten Unterschiede in der Selbstreflektion und im Epfinden von Mißstimmung und Trägheit.

Zurückgewiesen werden mußte die Hypothese, daß Frauen mit Erfahrung mehr Kontrolle haben; sie erleben gegenüber den Frauen ohne Erfahrung einen Kontrollverlust.

9.4.3. Bewältigungshypothesen

Für die Bewältigungshypothesen wurden die angenommenen Veränderungen im Selbstbild und in der Stimmungslage gefunden. Sie zeigen sich in unterschiedlichen Richtungen

- in der Durchsetzung eigener Interessen,
- im Dominanzerleben,
- in der Kontrolle,
- in der Selbstreflektion,
- in der Bereitschaft zu Kontakten,
- im Selbstvertrauen,
- in der Stimmungslage,
- im Trägesein.

Die Überprüfung der angenommenen Unterschiede in der Entwicklung der Frauen mit Erfahrung und denen ohne Erfahrung ergab:

- Frauen mit Erfahrung werden zunehmend kompetenter in der Durchsetzung ihrer Interessen in der Umwelt;
- Frauen mit Erfahrung erleben sich dominanter;
- Frauen mit Erfahrung können ihren Kontrollverlust aufarbeiten;
- Frauen mit Erfahrung können zunehmend ihre Selbstreflektion zurücknehmen;
- Frauen ohne Erfahrung nehmen zunehmend ihre Bereitschaft zu Kontakten zurück;
- das Selbstvertrauen von Frauen ohne Erfahrung wird zunehmend geringer;
- Frauen mit Erfahrung kommen zu einer gehobenen Stimmungslage;
- die gedrückte Stimmung bei Frauen ohne Erfahrung nimmt zu;

- die Mißstimmung bei Frauen ohne Erfahrung nimmt zu, jedoch wird die Trägheit geringer;
- die Frauen mit Erfahrung können ihre Müdigkeit abbauen;
- die ausgeglichene Stimmung nimmt bei Frauen mit Erfahrung zu.

Bestätigt werden konnte also, daß Frauen mit Erfahrung kompetenter in der Durchsetzung ihrer Interessen werden, sich dominanter erleben, ihren Kontrollverlust abbauen können, ihre Selbstreflektion zurücknehmen können, in eine gehobene Stimmungslage kommen, ihre Müdigkeit reduzieren können und sich in ausgeglichener Stimmung wahrnehmen.

Für die Frauen ohne Erfahrung wurde bestätigt, daß sie ihre Bereitschaft zu Kontakten zurücknehmen, ein zunehmend eingeschränktes Selbstvertrauen entwickeln, sich in gedrückter Stimmung befinden, zunehmend mißgestimmter werden.

Nicht bestätigt werden konnte eine zunehmende Trägheit bei Frauen ohne Erfahrung.

Hinzugefügt werden muß, daß auch die Frauen ohne Erfahrung ihre Müdigkeit abbauen.

9.5. Daseinstechniken der Mütter

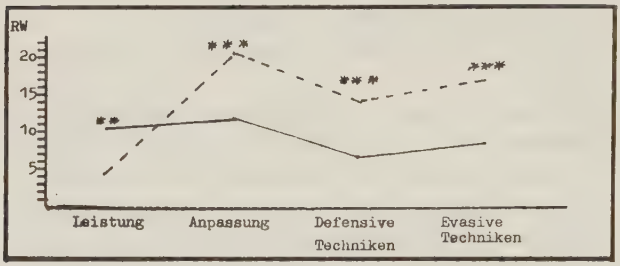


Abb. 28 Daseinstechniken der Mütter

Gruppe Erfahrene —— Gruppe Unerfahrene – – – –

* p = o,o5 ** p = o,o1 *** p = o,oo1

Im letzten Zeitpunkt der Untersuchung (Schulaufnahme) wurde mit der Frage "Wie werden Sie damit fertig, ein behindertes Kind zu haben?" versucht herauszufinden, welche Bewältigungsmöglichkeiten die Mütter benützen.

Nach THOMAE's Kategorisierung von Daseinstechniken werden die Aussagen aus der Exploration durch vier Studenten der Psychologie geordnet. Als Übereinstimmungsmaß wird der "Intra-Class'Korrelationskoeffizient" gewählt (ASENDORPF und WALLBOTT 1979; FRIEDE 1981 in BORTZ 1984).

Für den Bereich Leistungstechniken ergibt sich eine Intraclass-Korrelation von $r_1 = o,79$.

Diese Korrelation ist als Reliabilität der Urteile eines Raters zu interpretieren.

Die Reliabilität der über alle vier Rater zusammengefaßten Urteile beträgt $r_k = o,83$.

Für die Daseinstechnik Anpassung: $r_1 = o,79$, $r_k = o,93$.

Defensive Techniken: $r_1 = o,79$, $r_k = o,91$.

Evasive Techniken: $r_1 = o,74$, $r_k = o,91$.

Die Unterschiede der beiden Gruppen sind erheblich, obwohl alle Frauen sich der vier Techniken bedienen (s.Tab. 12 im Anhang).

Die Bewältigung durch eigene Anstrengung hilft den Frauen ohne spezifische Erfahrung weniger, sie passen sich an und ändern ihre Einstellungen, sie wollen auch die Tatsache der Behinderung nicht wahrhaben, bewältigen eher durch defensive Techniken.

Die Frauen mit spezifischer Erfahrung wollen durch eigene Leistung die Entwicklung des Kindes - und ihre eigene - voranbringen, erkennen aber auch, daß Anpassung notwendig ist und defensive Techniken kurzfristig helfen.

Evasive Techniken werden von den Frauen ohne spezifische Erfahrung stärker zur Bewältigung benützt. Erste Hinweise auf ein Weg-geben-wollen des Kindes werden nur in dieser Gruppe ausgesprochen.

9.6. Die Entwicklung der Kinder

Die Untersuchung hat Betroffenheit und Bewältigung der Mütter behinderter Kinder zum Inhalt, im praktischen Geschehen stehen die Kinder im Mittelpunkt: Ihre Fähigkeitsüberprüfung, der Aufbau der Therapie-

pläne, die Wendemarken ihrer Entwicklung, bestimmten die Untersuchungen der Mütter. Diese Abhängigkeit müßte bei einer ungünstigen Entwicklung, auf die die Frauen nicht vorbereitet werden konnten ("begleitende Prävention", FILIPP & GRÄSER 1982, S. 188) die Vergleichbarkeit der Gruppen beeinflussen. Aus Tab. 13 (Anhang) ist zu entnehmen, daß die Entwicklung aller Kinder fortschreitet und sich die Gruppen der Kinder der Mütter mit spezifischer Erfahrung bzw. die der Mütter ohne spezifische Erfahrung in den Funktionsbereichen Lauf-, Greif-, Perzeptions-, Sprachalter und Sprachverständnis, wie auch in den zum Zeitpunkt 4 geprüften Fähigkeiten, nicht unterscheiden (Tab. 14 im Anhang).

Für alle Mütter ist die Entwicklung ihrer Kinder zu erkennen, doch müssen sie auch erfahren, daß der Rückstand zum Regelbereich nicht nur bleibt, sondern sich zunehmend vergrößert (s. auch Abb. 32).

Mütter ohne spezifische Erfahrung versuchen, durch Übereifrigkeit (s. 9.2.3.) die Entwicklung ihrer Kinder voranzutreiben.

So gern Mütter dieses möchten, sie können nicht an ihres Kindes statt etwas lernen oder tun. Das Kind muß lernen und muß tun.

Das sich regelrecht entwickelnde Kind verschafft sich viel Information selbst. Es stimuliert sich selbst durch spielen, lernt durch Imitation usw. Das behinderte Kind muß geführt werden, Stimulation muß zielgerichtet eingesetzt und Imitation provoziert werden. Übereifrigkeit und ein zu hohes Maß an Kontrolle schränken den Freiraum des Kindes zusätzlich

behindernd ein. Es wird seine ohnehin geringen Aktivitäten zur Exploration und zum Probehandeln zurücknehmen, es wird weniger fordern und wird eine Überforderung nicht durch auffälliges Verhalten signalisieren. Es wird sich passiv anpassen, seine zwischenmenschlichen Beziehungen auf Empfang und Befolgen von Botschaften reduzieren. Neben dem Fehlen der für die Entwicklung der Mutter wesentlichen Stimulation durch das Kind (s.S. 41 f.) wird dieses an der Entwicklung seiner sozialen Fähigkeiten gehindert.

So zeigt sich ein systematischer Unterschied in der Sozialentwicklung zwischen den Kindern der Mütter mit Erfahrung und den Kindern der Mütter ohne Erfahrung. Die Kinder der Mütter mit spezifischer Erfahrung erreichen ab dem Zeitpunkt der Gruppenanbahnung ein höheres Sozialalter.

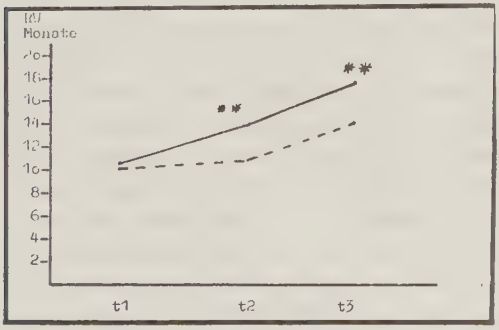


Abb. 29 Entwicklung des Sozialalters der Kinder von Gruppe E und Gruppe U
Gruppe Erfahrene ——— Gruppe Unerfahrene - - - -
* p = 0,05 ** p = 0,01

9.7. Versuch der simultanen Erfassung von Entwicklung und situativen Bedingungen

In jedem Untersuchungszeitpunkt wurde mit den Müttern gesprochen. Die Ergebnisse dieser Gespräche sind hier aufgenommen.

Die Orientierung über die Entwicklung der Kinder bestimmten die Markierungspunkte der Datengewinnung in der prospektiven Untersuchung der Mütter.

Verläuft die Entwicklung kontinuierlich, d.h. ist eine Regelhaftigkeit der Veränderung in der Abhängigkeit von der Situation zu erkennen (WOHLWILL 1977)?

Z u m Z e i t p u n k t t 1 wurde der Fähigkeitsstand des Kindes geklärt. Diese Begriffe 'Fähigkeitsstand' wie auch 'Entwicklungsstand' oder 'Entwicklungsalter' können relative Aussagen über die Entwicklung des Kindes machen. Mütter haben zu diesem Zeitpunkt in der Regel schon wahrgenommen, daß ihr Kind gegenüber anderen Kindern 'zurück' ist. Doch wird versucht, diese Intervention durch die eigene Erwartung abzuwehren. Die 'Leugnung der Realität' als Abwehrmechanismus wurde gut bestätigt (KIENER 1978). Er sei auch eine Möglichkeit die Balance aufrechtzuerhalten und tritt zur Bewältigung extremer Situationen auf (KÜBLER-ROSS 1971).

Mütter berichteten häufig in der Exploration, daß dem Kind "niemand etwas ansehen" würde oder "die Großeltern nichts gemerkt" hätten usw. Leistungen des Kindes wurden überschätzt, so wird davon gesprochen, daß das Kind wohin "läuft", obwohl es

sich nur krabbelnd fortbewegen kann oder, es sich sprachlich verständlich machen könne, obwohl die vorhandene Lautbildung einen eindeutig verständlichen Kommunikationsbezug nicht herstellen kann.

Unterstützt wird der Vorgang durch die hinhaltende Nichtaufklärung durch Experten und die selektive Aufnahme der Botschaften durch die Mütter.

Auch nach dem Zeitpunkt der ersten Untersuchung werden trotz der Begleitung der Mutter durch Therapeuten, regelmäßige Wiederholungsuntersuchungen und aufdeckende Beratungsgespräche der kleinste Hinweis auf 'Normalität' zur augenblicklichen Entlastung und Hoffnung aufgenommen und als Bestätigung der Erwartung interpretiert.

Doch erfuhren die Mütter zum Zeitpunkt t 1, daß eine Entwicklungstherapie, zumeist in Verbindung mit Krankengymnastik und Logopädie, notwendig ist und damit erfahren sie auch die Bestätigung der Retardierung des Kindes. Der Fokus liegt auf 'Retardierung' im Sinne einer 'Störung' (Entwicklungsstörung, Entwicklungsbehinderung; Entwicklungsverzögerung), nicht der 'Behinderung', im Sinne einer manifesten Beeinträchtigung.

Erfahrungswerte werden aktualisiert und von den Frauen mit spezifischer Erfahrung wird die Intervention durch die eigene Erwartung ("Es ist nicht so schlimm"; "Ich sehe nur etwas hinein") erlebt als Einschränkung ihrer Einwirkung auf die Umgebung, sie geben die Kontrolle über das Geschehen lieber ab, sie fühlen sich abhängig, grübeln, haben wenig Selbstvertrauen, sind eher ungeduldig, aber aufgeschlossen und vertrauensselig, weil auf

Hilfe von außen hoffend. Ihre Stimmung ist gedrückt, sie sind müde, fühlen sich überfordert und gekränkt - "es ist immer zu wenig" - möchten 'laufen' lassen. Auf Grund ihrer Erfahrung können sie ihr Leben vorausschauen, das "Gefüge von Lebensereignissen, in welchem jedes Ereignis seinen Ursprung auch in vorangehenden Ereignissen hat und seinerseits umgekehrt auch nachfolgende Ereignisse mitbestimmt" (FILIPP 1982, S. 16o).

Bleiben sie nun hängen in Versuchen zur Klärung der Ätiologie, resignieren sie, eben weil sie Erfahrung mit Behinderten haben oder nehmen sie die Herausforderung des aktuellen Ereignisses wahr?

Die Frauen ohne Erfahrungswissen erleben sich zu dem Zeitpunkt der Diagnose mißachtet, sind übereifrig in dem Bemühen sich anzupassen. Auch sie suchen den anderen, sind jedoch befangen.

Allen Frauen gemeinsam ist die bedrückte, ängstliche Grundstimmung.

Frauen ohne spezifische Erfahrung haben aber hohe Erwartungen an Rehabilitationsmöglichkeiten und die therapeutischen Angebote müßten auf sie stimulierend wirken. Sie können weiter die Realität leugnen, es kann alles noch in Ordnung kommen. Die dargestellte hohe Anpassung kann aber auch als eine Form resignativen Rückzugs interpretiert werden.

Z u m Z e i t p u n k t t 2 ist die Entwicklungstherapie vier Monate gelaufen. Die Frauen haben die gewünschte Hilfe von außen erfahren,

erste Erfahrungen über die Effektivität der Therapie sind gesammelt. Das 'kritische Lebensereignis' ist der Grund, auf dem sich als Figur die Veränderung abhebt (FILIPP 1982).

Die Frauen mit spezifischer Erfahrung sind ungeduldiger geworden und haben Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit der Umwelt. Sie nehmen die Fortschritte ihres Kindes wahr, sie wissen aber auch, was werden und was bleiben kann. Ihre Anstrengungsbereitschaft steigt, sie sind sicherer und damit weniger depressiv und ihr Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten wächst. Die Müdigkeit ist geringer geworden, sie reagieren aktiv auf die Anforderungen der augenblicklichen Situation.

Auch die Frauen ohne spezifische Erfahrung sind ungeduldiger geworden und sie haben Schwierigkeiten im sozialen Kontext. Der Übereifer ist etwas gesunken, doch die Effekte der Therapie sind für ihre Erwartungen zu gering. Leugnung ist nicht mehr so wie bisher möglich; zumindest zwei Experten arbeiten mit dem Kind und der Mutter selbst und die Kontakte mit anderen behinderten Kindern dämpfen ihre Erwartungen und Aktivitäten. Die Frauen sind müder geworden, fühlen sich aber ausgeglichener, da die sehr gehobene Stimmung sich angepaßt hat.

Zum Zeitpunkt der dritten Untersuchung ist das Kind in eine Kleingruppe zur 'Gruppenanbahnung' als Vorbereitung für die Aufnahme in den Kindergarten gekommen. Diese Hinführung in die Gemeinschaft ist ein Ereignis, das als solches eine grundlegende Erwartung der Frauen erfüllt. Zum andern werden die Kinder regel-

mäßig für einige Zeit am Tage von den Müttern getrennt, die Frauen sehen ihr Kind distanzierter.

Bei den Frauen mit spezifischer Erfahrung bildet sich der Fortschritt ihrer Kinder in ihrer ausgeglichenen Stimmung und der weiteren Abnahme der Müdigkeit ab, wobei sie die relative Bedeutung dieses Ereignisses im Entwicklungsprozeß ihres Kindes und ihrer selbst wahrnehmen können.

Bei den Frauen ohne spezifische Erfahrung wird die enttäuschte Erwartung (= Kränkung) trotz der relativ guten Entwicklung ihres Kindes im zunehmenden Abgeben der Kontrolle, dem Gefühl nicht anerkannt zu werden, dem Steigen der depressiv gefärbten Mißstimmung deutlich. Die übermäßigen Erwartungen und die eher aktive Grundstimmung in der Erstuntersuchung sind nach einer, nach allen Seiten offenen Entwicklung nach Beginn der Therapie, in eine sie selbst lähmende Situation geraten. Sie wissen nicht welches Ziel erreichbar ist, Erfahrungsbestände stehen zum Vergleich nicht zur Verfügung, ihr Hören auf die Aussagen der Experten nimmt selektiv nur die Rehabilitationsmöglichkeiten für ihr Kind wahr, nicht aber die Aufforderungen zur Auseinandersetzung als Grundbedingung der Bewältigung der Tatsache ein behindertes Kind zu haben.

Die Aufnahme des Kindes in eine Gruppe wird unter dem Aspekt der Trennung und dem Erschrecken über die Kinder, die "mit meinem Kind zusammen sind" erlebt. Und "die sind schlechter als mein Kind", "ich will es mit diesen nicht zusammen haben". Die Identifikation der Mutter mit ihrem Kind wird stärker.

Freud sieht den Abwehrmechanismus der Identifikation als Folge von Frustration und Aggression. Wenn das Kind die Erwartungen der Mutter nicht befriedigt, kann die Übernahme der Hilflosigkeit, der Leiden des Kindes in die eigene Person die teilweise Enttäuschung der Erwartung vermindern. Die durch die Identifikation erzielte erhöhte Anpassung bringt ein Mehr an Zuwendung und vermindert die Aggression. Vielleicht kann sich die Mutter Befriedigungsmöglichkeiten verschaffen, die das Kind ihr, durch die reduzierte Anpassungsfähigkeit, nicht geben kann. Freud nahm für den Prozeß der Identifikation die ödipale Phase an.

TOMAN (1960) konnte zeigen, daß die Anfänge der Identifikation bereits in den ersten Lebenstagen liegen. Wohl stellt sich die Mutter auf die Bedürfnisse des Kindes ein, doch paßt sich auch das Kind sehr schnell dem von der Mutter vorgegebenen Tagesrhythmus an, es identifiziert sich mit der Mutter. Diese Form der Identifikation beruht eher auf einer Gefühlsbindung, die als anaklitische Identifikation beschrieben wurde. Dieser Vorgang ist bei dem kranken Kind behindert, evtl. wird sogar durch die Mutter, die etwa durch krankengymnastische Übungen ihm 'unangenehm' sein muß, das Kind daran gehindert. In diesem Interaktionszirkel sind Mutter und Kind gefangen: Die Mutter bekommt zu wenig von ihrem Kind, das Kind wird von der Mutter gehindert an seiner Entwicklung und kann die Erwartungen der Mutter nicht erfüllen.

I m Z e i t p u n k t t 4 stehen die Kinder vor der Schulaufnahme. Alle Kinder können in Schulen

für Lernbehinderte oder für Körperbehinderte (Zug B) aufgenommen werden. Der Anschluß an den Regelbereich ist, zumindest vorerst, bei keinem Kind möglich, doch war auch bei keinem Kind eine zweite Zurückstellung oder die Aufnahme in eine Schule für Geistigbehinderte erforderlich. Die zweite Zurückstellung wurde besonders von den Müttern ohne spezifische Erfahrung diskutiert und gewünscht. Der biologische Reifungsgedanke - "mein Kind ist eben ein Spätentwickler" - wurde von ihnen sehr vertreten, natürlich auch als Anker für ihre Hoffnungen.

Die Aufnahme in eine Schule für Körperbehinderte konnte, obwohl auch auf Lernbehindertenniveau, leichter angenommen werden. Dieses steht im Einklang mit bisherigem Wissen, daß bei einem Körperbehinderten eher zu definieren ist, worin die Behinderung besteht und damit der Tautologie zu entrinnen ist, daß behindert ist, wer behindert ist (SCHÖNBERGER 1977). Auch fällt es der sozialen Umwelt leichter, die Behinderung 'einzuordnen' - unter 'Behinderten' werden in der Regel Körperbehinderte verstanden - es bestehen eindeutige Status- und Rollenzuweisungen. Auch kann eine ausgeprägte Behinderung von Eltern leichter zum Vehikel gemacht werden, um Interesse und Zuwendung zu finden.

Die Frauen mit spezifischer Erfahrung fühlen sich gut integriert in die soziale Umwelt, sind weiter dominierend und unabhängiger geworden, jedoch aufgeschlossen für andere und nicht nur auf ihr Kind und ihre Situation konzentriert. In der Konkurrenz der Schulanfängermütter erleben sie sich befangen und ihre Stimmung ist etwas gedämpft, doch empfinden sie sich als ausgeglichen.

Bei den Frauen ohne spezifische Erfahrung setzt sich die bisher beobachtete ungünstige Entwicklung kontinuierlich fort, obwohl ihre Kinder sich ebenso entwickelt haben wie bei den Müttern der anderen Gruppe. Die Frauen sind unzufrieden - mit der Entwicklung ihrer Kinder, mit sich selbst. Sie wollen und können nicht erkennen, daß eine Lösung ihres Problems nicht möglich ist, leugnen können sie es aber nicht mehr. Sie fühlen sich selbst abgewertet, zumal der Schuleintritt für sie auch die gesellschaftlich annehmbare Fassade zerstört.

Es sind Menschen in einer "unglücklichen Lebenssituation", die "unglücklicher sind und mehr leiden" als andere (TOMAN 1978, S.1822). Und, wenn TOMAN annimmt, daß psychische Krankheiten "durch den Verlust von Befriedigungsmöglichkeiten", oder "durch die Vorenthaltung von Befriedigungsmöglichkeiten" entstehen, "die für sie nie, für die meisten anderen Personen dagegen sehr wohl bestanden haben", sind diese Frauen sicher gefährdet.

In beiden Gruppen ist eine kontinuierliche Entwicklung und damit ein Prozeß an den Markierungspunkten zu erkennen.

Die Frage nach dem 'Warum' der Schädigung des Kindes wurde von allen Frauen im Erstkontakt gestellt, war meist bereits vom Arzt, wenn überhaupt möglich, beantwortet. Konnte die Frage nicht oder nicht befriedigend beantwortet werden, fanden die betreffenden Frauen selbst eine Ursachenerklärung.

Der Bewältigungsprozeß der Frauen mit spezifischer Erfahrung verläuft differenzierter und reagiert

deutlich auf die Ereignisse, die gleichzeitig Effekte der Entwicklung ihrer Kinder darstellen.

Wenn Erfahrung im Sinne von Leistungsfähigkeit gebraucht wird, ist zu erwarten, daß diese Frauen die Erschütterung oder Schädigung ihres Selbst- und Weltbildes besser bewältigen können, trotz der gleichzeitig bestehenden Bedrohung, wie sie weiter mit dem ihr Leben begleitenden Ereignis fertig werden (NITSCH 1981). Auf dem (Hinter-)grund ihres Erfahrungswissens konnten die Frauen erkennen, daß sie die Situation nicht so verändern können, daß sie der 'Norm' entspricht. Mit dieser realitätsgetreuen Einschätzung ist eine flexible Bewältigung ohne Einschränkung des Selbstwertes möglich.

Die Frauen ohne spezifische Erfahrung wurden überrascht, waren 'unwissend' und sind nun zur Information gezwungen. Gleichzeitig müssen sie sich mit der Nicht-Erfüllung ihrer Erwartungen auseinandersetzen und müssen bewältigen. Diese Überforderung führt zur Abwehr und der Anpassung des Selbst durch Abwertung, wobei sie eine Selbstberuhigung (Palliation) erreichen. Möglicherweise kommt es zu einer Habituation, um mit der Lebensveränderung fertig zu werden.

1o. Zusammenfassende Diskussion

Durch die gemischt longitudinale und querschnittliche Erhebung (s.Abb. 1, S. 58), die Anwendung

standardisierter Verfahren und den Selbstreport, können Aussagen darüber gemacht werden, ob Frauen, die über konkrete Erfahrungen mit Behinderten verfügen, mit dem kritischen Lebensereignis der Geburt eines behinderten Kindes die gegebene Chance annehmen, trotz der Enttäuschung ihrer Erwartung und, welche Daseinstechniken zur Bewältigung bevorzugt werden.

Die gleichen Fragen werden für die Frauen beantwortet, die nicht über diese Erfahrungen verfügen, bei denen Schemata für diese bedrohliche Situation unzureichend existieren.

Die Mehrzahl der Mütter stellen ihr Kind, auch dann, wenn sie 'wissen' daß es retardiert ist, erst wesentlich später vor, meist erst, wenn die Schulaufnahme 'droht'. Nach den nur grob möglichen Erhebungen der "Zentralen Beratungsstelle für behinderte und entwicklungsgestörte Kinder" der Stadt Nürnberg werden nur 15 % der Kinder, die zu Schulfähigkeitsuntersuchungen kommen, schon im Alter von 2 Jahren vorgestellt.

Gemeinsam ist so den Frauen, die in diese Untersuchung einbezogen wurden, das Interesse an der Förderung ihres Kindes, sicher auch das Wissen um die Möglichkeiten früher Förderung. Es könnte so angenommen werden, daß diese Frauen kompetenter sind, insbesondere fähig sind nach außen zu gehen und Hilfe und Rat zu holen. Sie beenden damit auch den belastenden Zustand der Ungewissheit. Das 'Nicht-wahr-haben-wollen' ist eine defensive Technik - die diese Frauen auch benützen - mit der Mütter, die ihr Kind erst spät vorstellen, bis zu diesem Zeitpunkt bewältigen, allerdings damit auch der Anforderung an eigene Akti-

vität ausweichen und sich damit der Möglichkeit der Auseinandersetzung mit dem Prozeß, den das kritische Lebensereignis angestoßen hat, begeben. Doch "Ereignisse produzieren Ereignisse" (FILIPP 1982, S. 192) und das Individuum kann sich ihnen nicht entziehen, es wird irgendwann tätig werden müssen.

Allen Frauen gemeinsam ist die Zeit der Erwartung der Geburt. Zu den Erfahrungen werden spezifische Informationen gesammelt, etwa beim Arzt oder im Säuglingskurs. Mütter, die nicht über spezifische Erfahrung verfügen, schätzen retrospektiv die empfangene Information über Möglichkeiten der Rehabilitation bei Behinderungen zu positiv ein.

1o.1. Coping

Der allgemeinen Erfahrung und Erwartung entspricht die Geburt eines gesunden Kindes; der partielle Nichteintritt dieses Ereignisses führt zu einer erheblichen Beeinträchtigung für die Person, eben zu einem kritischen Lebensereignis, das jedoch schon von seiner lebensbegleitenden Beschaffenheit her nicht als Krise oder Störung zu bewältigen ist. Auch die Annahme, es komme nach Durchlaufen verschiedener Stadien in einer allmählichen Adaption zur Reorganisation, konnte in dem Zeitraum von sieben Jahren nur bei den Frauen mit spezifischer Erfahrung gefunden werden. Bei den Frauen ohne diese Erfahrung kann davon ausgegangen werden, daß der Zustand ausgehalten, toleriert oder sich mit ihm abgefunden wird.

Wenn eine wesentliche Komponente der Copingmöglichkeiten eines Individuums seine Erfahrungs-/Lerngeschichte ist, müßte Frauen, die über spezifische Erfahrungen und damit Schemata verfügen, der "Übergang" (OLBRICH) zum "aktiven Prozeß der Abarbeitung der widerständigen Situation" (FILIPP) weniger das Selbst und die Stimmung belastend gelingen. Ist eine Erfahrung verarbeitet worden, so hat das Individuum schon zu diesem Zeitpunkt die "Chance" (THOMAE) zur "Erweiterung seines Verhaltensrepertoires" (OLBRICH) wahrgenommen und präventiv gehandelt. Diese Annahme konnte für die Mütter mit Erfahrung bestätigt werden, sie konnten ihre Erfahrung nutzen.

Die Belastungsschwere der von den Frauen angegebenen Erfahrungen mit Behinderten wird in der Untersuchung nicht benützt, ergab jedoch überraschende Einschätzungen (s.Anhang).

Die Annahme, daß Personen, die über spezifische Erfahrungen verfügen, sie beim Eintritt des kritischen Lebensereignisses 'Geburt eines behinderten Kindes' aktualisieren und ohne zusätzlich behindernde erhebliche Einschränkung der Stimmung und des Selbstbildes die Auseinandersetzung in einem aktiven Prozeß aufnehmen, konnte bestätigt werden. Diese Frauen sehen sich zunehmend in der Lage ihre Interessen wahrzunehmen, ihr Selbstvertrauen steigt, die Stimmung entwickelt sich zu einer positiven Grundstimmung, die Interaktionen mit der Umwelt werden eher dominant geführt, doch werden Kontakte nicht aufs Spiel gesetzt.

Auswirkung der positiven Bewältigung der Frauen mit spezifischer Erfahrung ist die gute Sozialentwicklung

ihrer Kinder (Abb. 29). Als 'gut' ist die Relation zu den Kindern der Mutter ohne spezifische Erfahrung zu verstehen. Der Rückstand zur Norm ist, wie Abb. 3o zeigt, nicht zu übersehen.

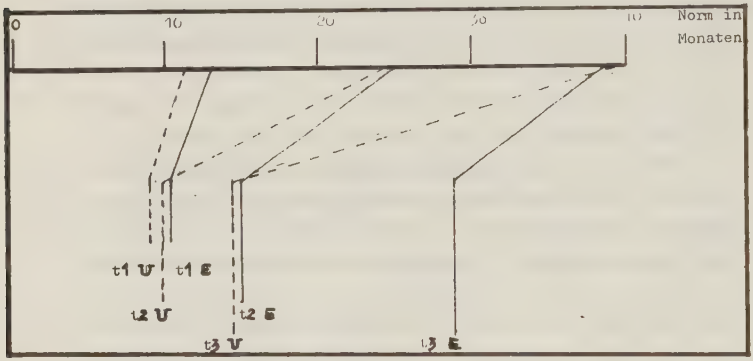


Abb. 3o Entwicklung des Sozialalters der Kinder im Vergleich zur Norm zu den Zeitpunkten t1, t2 und t3.
Gruppe Erfahrene:——— Gruppe Unerfahrene:- - - -

Die Entwicklung der Frauen ohne spezifische Erfahrung läuft in die Gegenrichtung: Ihre Schwierigkeiten im Durchsetzen ihrer Interessen steigen, das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten sinkt, die Stimmungslage tendiert zu einer ängstlichen, depressiven Grundstimmung, das Kontakterleben engt sich ein. Doch bleiben fast alle Werte im Durchschnittsbereich, so daß nicht von pathologischen Reaktionen gesprochen werden kann.

Die Annahme, der Eintritt eines nicht-erwarteten kritischen Lebensereignisses wirke aktivierender als ein zu antizipierendes Ereignis (AMMERMANN 1975) kann so nicht bestätigt werden. Die Erwartung be-

steht bei allen Frauen ein gesundes Kind zu haben. Doch nur die Frauen mit Vorerfahrung im Umgang mit Behinderten verhalten sich aktiv. BOLLES (1972) nimmt an, daß Erfahrungen, die einen kritischen Wert der im Gedächtnis repräsentierten Erwartungen übersteigen, diese nicht weiter verstärken und damit Veränderungen leichter zugänglich machen. Bei Frauen mit spezifischer Erfahrung können die vorhandenen Schemata aktualisiert werden, die durch feste Erwartungen nicht blockiert werden. Aktives Handeln auf dem Hintergrund des Erfahrungswissens verstärkt die neue Erfahrung der möglichen Förderung ihres behinderten Kindes.

Auch bei Frauen ohne spezifische Erfahrung ist Erwartung für ein zielgerichtetes Handeln (TOLMAN 1967) im Gedächtnis repräsentiert als 'Geburt eines gesunden Kindes'. Ihr Erfahrungsrepertoire stellt bei Geburt eines kranken Kindes nichts oder zu wenig zur Beurteilung der Situation zur Verfügung. Die neuen Erfahrungen können nicht durch Selbstschemata eingeordnet werden (FILIPP 1984) und durch den Widerspruch zum gewohnten Erfahrungszusammenhang - gesunde Kinder sind die Regel - ist die Enttäuschung tief, Erwartungen über das was sein und werden könnte sind nicht verfügbar. THOMAE (1953) sieht den Zukunftsbezug als entscheidendes Kriterium für den aktiven Vorgang der Bewältigung. KOMMER & RÖHRLE (1981, S. 117) fordern als "Voraussetzung für effektives Handeln eine hinreichende Analyse" der Situation. Voraussetzung dafür seien "genügend Erfahrungsbestände" als "Schemata", die zumindest heuristische Kategorien für die Analyse der Situation zur Verfügung stellen.

1o.1.1. Entwicklung des Selbst

Erfahrungen des Individuums konstituieren sich im Selbst und werden durch neu hinzukommende Erfahrung modifiziert. Die Selbstentwicklung nach der Geburt des behinderten Kindes zeichnet sich in der kognitiven und emotionalen Auseinandersetzung mit sich selbst ab.

Ein an Erfahrung reiches Selbst reagiert unabhängiger von Erwartungen, läßt sich durch das kritische Geschehen nicht gefangen nehmen, sondern kann sich in zunehmendem Maß befreien. So kann auch der Anspruch des Kindes auf die Unterstützung seiner Persönlichkeitsentwicklung erfüllt werden. Es ist verhängnisvoll, wenn eine Mutter - oder auch eine Familie - meint, ihre Erfordernisse und Bedürfnisse auf die des behinderten Kindes einstellen zu müssen. Auch für den Umgang mit dem behinderten Kind gilt, daß nicht das alltägliche Zusammenleben problematisch ist, sondern einzelne kritische Situationen.

Frauen,denen Erfahrungsdaten vor dem Eintritt des kritischen Lebensereignisses zur Verfügung standen, konnten die neuen Erfahrungen, das 'Selbstbetroffensein', mit geringen und zeitlich begrenzten Einschränkungen ihrer Identität verarbeiten.

1o.1.2. Die Entwicklung der Kinder

Die Entwicklung der Kinder verläuft gemäß den prognostischen Erwartungen (s. auch Abb. 31). Überzufällige Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Kindern der Mütter mit spezifischer Erfahrung und den Kindern der Mütter ohne spezifische Erfahrung bestehen nur in der Sozialentwicklung (s. 9.6.).

Die Entwicklung eines behinderten Kindes ist ebenso, wie die des sich normal entwickelnden Kindes, beeinflußt von frühkindlichen Erfahrungen. Es besteht Einigkeit darüber, daß in den ersten Lebensjahren durch Frühförderung und Frühtherapie ('früh' bedeutet in der Regel früher als schon vorhandene Maßnahmen) bedeutend Einfluß genommen werden kann auf die Entwicklung. Neurophysiologisch "weil die Bestückung und Fügung der neuronalen Organisation sich in dieser Zeit noch auf das cytologische Makroniveau erstreckt, während sich die späteren Lernprozesse nur mehr auf diskrete Modifikationen im molekularen Niveau beschränken" (SEITELBERGER 1976, S. 381).

Lerntheoretisch wird angenommen "daß in der Anpassung des menschlichen Verhaltens von Anfang der postnatalen Entwicklung an Lernprozesse wirksam sind und daß besonders das erste Lebensjahr eine sehr bedeutsame Phase darstellt" (PAPOUSEK 1975, S. 1o78).

Wesentlichen Einfluß auf die Diskussion um die Bedeutung frühkindlicher Erfahrung hatte die Erkenntnis

sensibler Phasen - bereits FREUD hat in seiner Phasentheorie den Gedanken der besonderen Wirkung von bestimmten Umwelteinflüssen zu bestimmten Perioden festgehalten. ERIKSON und SPITZ haben diese Gedanken in modifizierter Form weitergeführt.

Die genauen Bedingungen sensibler Phasen bei Menschen sind noch wenig bekannt, doch stimmen die Erfahrungen überein, daß sie in der frühen Kindheit liegen (s. CREUTZFELDT und HOHMANN 1976) und die Empfänglichkeit für Umwelteinflüsse in ihnen hoch ist. Die sensiblen oder optimalen Phasen können beim behinderten Kind zur therapeutischen Intervention genutzt werden (s.SCHAMBERGER 1978).

Ausgehend von der Anlage-Umwelt-Verschränkung sieht PIAGET vier interagierende Faktoren an der Entwicklung beteiligt. Die Rolle der Reifung, die Übung und Erfahrung, "die in der auf die Gegenstände ausgeübten Aktion erworben werden" (PIAGET, INHELDER 1973, S. 155), die sozialen Interaktionen und Übermittlungen und den "fortschreitenden Aufbau" als einen inneren Mechanismus, eine "Folge von aktiven Kompensationen des Subjekts als Antwort auf die äußeren Störungen und einer gleichzeitig rückwirkenden ... und vorausgreifenden Regulierung, die ein permanentes System solcher Kompensationen darstellt" (PIAGET, INHELDER 1973, S.157).

Ausgehend vom Zustand des Kindes werden in der 'Entwicklungstherapie' Übungen und Erfahrungen gezielt simuliert, da beim behinderten Kind Aktivität, Selbstregulierung und Kompensation eingeschränkt sind. Die soziale Beziehung der Mutter zu ihrem Kind ist wesentliche Grundlage der Entwick-

lungstherapie. Übung und Erfahrung wird über diesen sozialen Bezug vermittelt. Damit profitiert auch die Mutter von diesem therapeutischen Bündnis. Die Einbindung in die Therapie ihres Kindes trägt mit dazu bei, ungezielte Überaktivität zu steuern oder, bei eher passiven Reaktionen, den aktiven Prozeß der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten ihres Kindes anzustoßen. In beiden Gruppen nehmen Trägheit und Müdigkeit ab.

Die Entwicklung der Kinder geht in allen Funktionsbereichen voran, wie auch die statistische Prüfung (Tab. 13 im Anhang) zeigt. Aus dem 'Entwicklungsprofil' ist unmittelbar ersichtlich, wie der Rückstand zur 'Norm' sich vergrößert (s.Anhang und Abb. 31).

Jeder Mensch wird mit bestimmten Grundfähigkeiten geboren. In der beständigen Auseinandersetzung mit Menschen und Dingen können motorische, sensorische, soziale und geistige Funktionen entwickelt werden. Vom ersten Lebenstage an werden Anpassungsreaktionen beobachtet. Wird etwa ein Säugling auf den Bauch gelegt, so hebt er den Kopf und legt ihn auf die Seite, damit er besser atmen kann.

Zeigt ein Kind diese, oder eine andere, für den bestimmten Zeitraum zu erwartende Reaktion nicht, entspricht seine Entwicklung nicht der Norm. Durch therapeutische Interventionen, den Ausschluß deprivierender Bedingungen und/oder kompensierende Hilfmittel (Brillen, Hörgeräte usw.) wird versucht, den 'Anschluß' an die altersgemäße Entwicklung zu erreichen. Ein erheblich höherer Einsatz, nicht nur durch die Mutter, sondern durch das Kind ist

nötig, denn das Tragen eines Hörgerätes etwa "will gelernt sein".

Das Kind soll die, immer komplexer werdenden, Anforderungen erfüllen, zusätzlich und gleichzeitig Anpassungsreaktionen erbringen, um überhaupt die Voraussetzung für die geforderte Leistung zu haben. So kann auch gesagt werden, daß die Leistung eines behinderten Kindes überdurchschnittlich ist, der Effekt jedoch unterdurchschnittlich. In diesem Dilemma befinden sich das Kind und seine Mutter, für die die gleiche Aussage getroffen werden kann.

Die aus der Anamnese gebildeten theoretischen Annahmen über das 'Warum' der Behinderung, also die Klärung der Anlage-Anteile, besonders an der kognitiven Behinderung, sind in der Praxis nur beschränkt hilfreich. Es ist relativ einfach, 'statisch' bestehende Mängel festzustellen, Bedingungsfaktoren aufzudecken, doch befindet sich das Kind in Entwicklung.

Ein Entwicklungsschritt wird in einem bestimmten Zeitraum nicht vollzogen (statischer Aspekt) und, wenn nicht bald ein Ausgleich gelingt, kommt es zu einer progredienten Divergenz zur (Alters)norm, dem 'Schereneffekt': 'Weil du dumm bist, wirst du immer dümmer werden'.

Dieser Effekt kann in einem Entwicklungsprofil für alle Kinder gezeigt werden. An den drei Untersuchungszeitpunkten werden ihre durchschnittliche Leistung ihrem durchschnittlichen Alter (= Norm) gegenübergestellt.

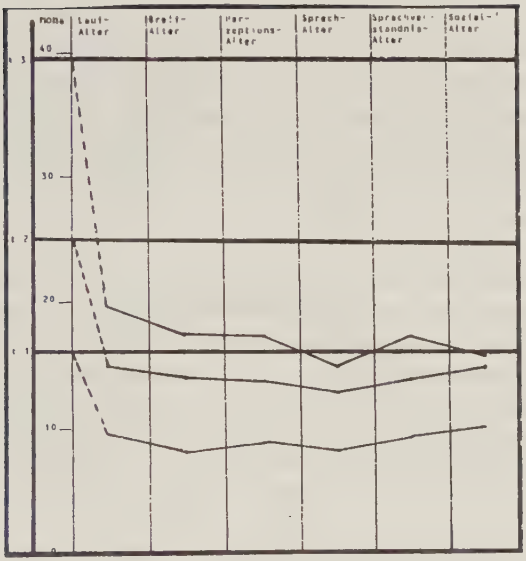


Abb. 31 Entwicklungsprofil der Gesamtgruppe im Vergleich zur Norm.
Die Untersuchungszeitpunkte (t1, t2, t3) entsprechen dem durchschnittlichen chronologischen Alter der Kinder und ergeben den Normwert.

Der Aufbau komplexerer Verhaltens- und Leistungsformen gelingt nicht, weil die elementaren Erfahrungen fehlen. Die zunehmende Verfestigung der Verhaltens- und Leistungsformen engt den Spielraum der Entwicklung zusätzlich und zunehmend ein, die Behinderung wird mehr und mehr irreparabel. In dieser verhaltensgenetischen Sicht gewinnt die Frühförderung und Frühtherapie besondere Bedeutung.

1o.1.3. Entwicklung der Stimmung

Die Stimmungskurve der Mütter mit Vorerfahrung ist zum Zeitpunkt der letzten Untersuchung gekennzeichnet durch 'sich ausgeglichen fühlend', einem Anteil an Mißstimmung und gedrückter Stimmung, leichter Erhöhung der gehobenen Stimmung und Absinken von Müdigkeit und Trägheit.

Die Stimmungskurve der Mütter ohne Vorerfahrung verändert sich wenig; die anfangs gehobene Stimmung sinkt, gedrückte Stimmung breitet sich aus, die Frauen empfinden sich weniger ausgeglichen und Müdigkeit und Mißstimmung nehmen zu. In der Dimension Trägheit ist ein leichter Rückgang zu erkennen.

1o.1.4. Entwicklung der Daseinstechniken

So ergibt sich für die Daseinstechniken, daß bei Frauen mit Vorerfahrung Leistungstechniken, die auch ein Arbeiten an der eigenen Persönlichkeit erfassen, einen höheren Stellenwert einnehmen, defensive Techniken, die die eigene Entwicklung einschränken, wenig eingesetzt werden, ebenso evasive Techniken, die, als vorherrschende Daseinstechnik benützt, die aktive Auseinandersetzung und damit die Entwicklung behindern. Techniken der Anpassung werden in Situationen gebraucht, die anders nicht lösbar erscheinen.

Die Frauen ohne Vorerfahrung bewältigen ihre Situation vor allem mit der Daseinstechnik der Anpassung und durch defensive und evasive Techniken; Leistungstechniken werden nur selten eingesetzt.

Entwicklung durch intraindividuelle Veränderung geschieht in beiden Gruppen in unterschiedlichem Ausmaß und anderer Richtung und Schwerpunkt.

1o.1.5. Einstellung zu Behinderten

Die Einstellung zu Behinderten (s.Abb. 32) wird zum Zeitpunkt der zweiten Untersuchung, die Kinder sind zwischen 1,8 und 2,6 Jahre alt, von den Müttern ohne spezifische Erfahrung als negativ angegeben. Sie passen sich also, trotz der eigenen Betroffenheit, der allgemeinen Einstellung an, um "erträglicher" (THOMAE) leben zu können.

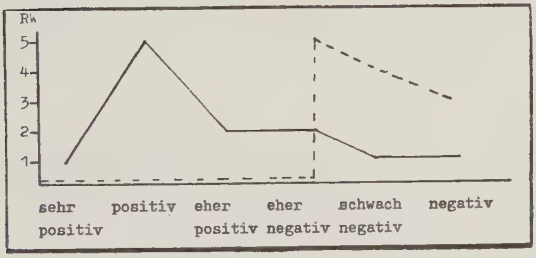


Abb. 32. Einstellung zu Behinderten.
Gruppe Erfahrene ——— Gruppe Unerfahrene ----
χ^2 = 5,976 s. ($p < 0{,}05$)

Sie erleben ihren Zustand nicht als Chance, zur Erweiterung ihrer Kompetenzen, entwickeln jedoch aus ihnen bekannten Erfahrungszusammenhängen Strategien. So nehmen sie die Untersuchungen über einen Zeitraum von sieben Jahren wahr, ebenso werden die therapeutischen Maßnahmen für ihre Kinder angenommen.

Die Frauen mit Erfahrung haben eine eher positive Einstellung zu Behinderten. Sie können Einsicht nehmen in die Konsequenzen einer negativen Einstellung, die bedingend ist für das Handeln. Damit ist es ihnen auch möglich, Einsicht in die Konsequenzen gedachten Handelns zu nehmen. Sie sind in der Lage, den Bewältigungsprozeß zu antizipieren. Das Selbst kann in die eigene Entwicklung eingreifen.

1o.1.6. Sinngebung

Die Frage nach dem Sinn des Geschehens stellt sich jeder Mutter. Auch für die Mütter mit Erfahrung tut sich eine neue Dimension auf, die sie bisher wohl erfahren, aber nicht selbstbetroffen gelebt haben. Eine Antwort gibt es nicht. Doch können alle Mütter über den langen Untersuchungszeitraum hinweg ihre schwere Lebenslage in den 'therapeutischen' Explorationen wiederholen und durcharbeiten. Die empfundene Kränkung, die Ängste, können nicht für immer aufgehoben werden, aber doch immer wieder. Die Anforderung durch die Frage nach dem Sinn des Ereignisses, nicht die Feststellung der

Sinnlosigkeit, setzt die Bewältigung in Gang.

Die Compliance, vor allem der Mütter ohne spezifische Erfahrung, kann mit der Sinngebung für das Geschehen erklärt werden. Im Verhältnis zu ihrer bisherigen Erfahrung wird ihnen die Kognition 'Glauben an eine gerechte Welt' hilfreich. Die Verletzung der Gerechtigkeit - 'ich habe ein behindertes Kind' - wird minimalisiert: 'ich habe es selbst verschuldet' (durch was auch immer). Das Einverständnis mit dem Schicksal nimmt diesem seine Ungerechtigkeit.

Von der Umwelt werden jedoch Menschen, die eine kritische Lage selbst herbeigeführt haben, als weniger attraktive Personen gesehen. Eine legitime Notlage wird eher dann angenommen, wenn die Ursache dafür jenseits der Kontrolle des Opfers lokalisiert werden kann (LERNER & MILLER 1978).

Spätestens wenn die Einheit Mutter-Kind aufgelöst wird (in der Beziehung Mutter - behindertes Kind später eintretend), tritt das Bedürfnis als Person anerkannt zu werden wieder stark in den Vordergrund. Die erfolgte Schuldübernahme der eigenen Person bestreitet nun die Zuständigkeit der eigenen Person und steht einem aktiven Handeln im Weg.

Eine andere Strategie bestünde darin, die Stabilität des Selbst dadurch aufrecht zu erhalten, daß die Destabilisierung der Mutter ("alles ist immer zu wenig") durch eine 'Destabilisierung' der anderen Seite, also des Kindes, neutralisiert wird. Die Mutter läßt das Kind 'leben', es kann alles tun,

es nimmt die Starrolle ein. Diese Strategie führt nicht zu Null, also einer Stabilität, sondern zu potenzierter Destabilisierung - wie in der Entwicklung der Mütter ohne spezifische Erfahrung zu sehen ist. Unter Umständen können diese Frauen ihre Daseinstechniken nicht mehr aufgeben, da eine Veränderung viel mehr Dissonanz erzeugen würde, als durch deren Änderung abgebaut werden könnte.

1o.2. Hoffnung

Auch bei den Müttern ohne spezifische Erfahrung kann die Hoffnung noch nicht aufgegeben werden, daß sie ihre Chance zu einer positiven Entwicklung wahrnehmen werden. Sie sind nicht ohne Hoffnung, geben noch nicht auf. Bisher können sie in der gewählten Daseinstechnik ihr Leben bewältigen und die ihnen gestellten Aufgaben erfüllen und es kann - noch - nicht von einer mißlungenen Verarbeitung gesprochen werden. Doch läuft dieser Prozeß seit sieben Jahren und die praktizierte Unwirklichkeit kann Hoffnung töten.

Bei der Geburt ihres Kindes wurden die Frauen ohne Erfahrung konfrontiert mit einer neuen Erfahrung, die ihren Erwartungen widersprach. Sie konnten von sich selbst wenig erwarten, da weder ausreichende Selbstschemata noch Bewältigungsstrategien zur Verfügung standen und ihre Selbst-Betroffenheit erheblich war. Durch die Erfahrung mit ihrem eigenen Kind und die Kontakte mit anderen behinderten

Kindern werden nun Schemata aufgebaut und durch neue, hinzukommende Erfahrungen erweitert, so daß in zunehmendem Maße ein Voraussehen des weiteren Geschehens möglich wird. Die Voraussage eines aversiven Geschehens, das nicht vermieden werden kann, schwächt schmerzhafte Empfindungen ab (EPSTEIN 1973). Werden Antezedenzbedingungen aversiver Erfahrungen registriert, so wird die subjektive Intensität des unvermeidbaren Traumas abgeschwächt.

Für die Frauen mit Erfahrung steht zu hoffen, daß sie die immer wiederkehrenden einzelnen kritischen Situationen bewältigen können, nachdem sie das alltägliche Zusammenleben gemeistert haben. Diese Frauen sehen ihre realistischen Hoffnungen bestätigt und erfahren, daß durch ihr geduldiges Mühen um das Leben mit dem behinderten Kind die Erwartungen für ihren Lebensvollzug nicht zunichte gemacht werden.

11. Folgerungen für die Praxis

Die Ereignisforschung untersucht Veränderungen der Lebenslage und nicht, wie bisher in der traditionellen Entwicklungsforschung üblich, Unterschiede in den Lebenslagen. Die Beobachtung von Veränderungen der Lebenslage lassen eine "Ursache-Wirkungs-Interpretation" zu (MONTADA 1981, S. 273).

Die Geburt eines behinderten Kindes ist ein belastendes und bedrohliches Ereignis das von einer

Mutter gut, der anderen weniger gut bewältigt werden kann. Es stellt sich die Frage, welche Bedingungen wesentlich sind für die Qualität der Bewältigung. Eine junge Frau befindet sich potentiell in einer kritischen Lebenssituation, da die Geburt eines Kindes als kritisches Lebensereignis gesehen werden muß.

Es kann davon ausgegangen werden, daß denkbare Ereignisse, also Ereignisse, über die Informationen bei einer Person vorhanden sind - sonst können sie nicht gedacht werden - auch antizipierbar sind und Bewältigungsvorstellungen entwickelt werden können. Personen werden sich dann unterscheiden, ob sie bereit sind, schon für die Vorstellung ein Ereignis zuzulassen, in das sie involviert werden könnten, bzw. sie sich kompetent dazu fühlen: Sie setzen sich mit der Vorstellung auseinander oder gehen davon aus, daß es ihnen schon nicht passieren wird. So konnte eine erfahrene Mutter mit ihrem Mann in der Geburtsanzeige sagen: "Gott hat uns ein behindertes Kind zugetraut."

TOMAN (1985, S. 1o) fordert, daß Menschen, "die Kinder miteinander haben ... ihre Lebensbedingungen und ihre sozialen Kontexte über die Dauer ihres eigenen Lebens hinaus mitzugestalten versuchen".

Im Märchen "Der Tod und der Gänsehirt" (JANOSCH 1978) fürchtet sich der Hirt nicht vor dem Tod, der ihn auf die andere Seite mitnehmen will. Der Hirt hat immer hinüber geschaut seit er lebt und weiß, wie es auf der anderen Seite ausschaut.

Vieles an Erfahrungen widerfährt dem Menschen, doch viele Erfahrungen muß er erwerben. Die Möglichkeiten zum Sammeln von Erfahrungen sind im Alltagsleben gegeben. Das einzelne Individuum muß entscheiden, ob es den konkreten Bezug, als potentiell Betroffener, aufnimmt (learning by doing). Lernen durch konkrete Erfahrung ist der Information überlegen, da im Erfahrungsprozeß das Selbst involviert ist und Coping läuft, das auf Brauchbarkeit überprüft und erfahren wird. Es sollten nicht Informationen über Behinderte gegeben werden, sondern es sollten Erfahrungen mit Behinderten gemacht werden. Das bedeutet auch, kybernetische Modelle - dazu gehört das erwähnte TOTE-Modell - in ihrer zirkulären Beschaffenheit nur für umschriebene Situationen zu denken. Das Entwicklungsgeschehen 'Erfahrungmachen' benötigt Zeit. Kybernetische Modelle sind a-historisch, sie abstrahieren von dem Problem Zeit.

Die Ergebnisse der Untersuchung lassen erkennen, daß durch Erfahrungen Bewältigungsvoraussetzungen gelernt werden. Die Belastung der Person in der aktuellen Belastungssituation wird durch ihr Erfahrungswissen reduziert und es werden dadurch Kräfte frei zur Bewältigung der neu zu verarbeitenden Erfahrung des Selbstbetroffenseins. Aktivierend wirken die spezifischen Erfahrungen, nicht die Neuheit der Situation.

Erfahrene haben eine realistische Einstellung zum subjektiven Erleben ihrer Existenz. Sie sind nicht gezwungen, eigene Bedürfnisse zurückzunehmen und ihr Leben - um zu leben - auf die Bedürfnisse ihres behinderten Kindes einzustellen. Damit werden die Verhältnisse der Lebenswirklichkeit in ihr Gegenteil

verkehrt. Die Wirkung auch für das Kind ist verhängnisvoll. Ein behindertes Kind mit seiner eingeschränkten Verarbeitungsfähigkeit kann nicht in einer Familie leben, in der Familienglieder benachteiligt werden. So verläuft die Sozialentwicklung der Kinder von erfahrenen Müttern günstiger.

Der Mensch ist allgemein weniger Individuum sondern eher Produkt. Für den behinderten Menschen trifft diese Aussage in erhöhtem Maß zu und für das zukünftige Leben der Kinder werden die longitudinalen Beziehungen im Familienverband stärker als die jeweils gegenwärtig bestehenden sein.

Die realistische Einschätzung der Entwicklung ihrer Kinder durch die erfahrenen Mütter läßt eine prospektive Orientierung zu und perpetuiert durch die Bestätigung ihrer Hoffnungen den Copingprozeß.

Trotz des hohen Einsatzes bei geringem, gemessen an den allgemeinen Zielvorstellungen, Effekt, gelingt den Erfahrenen die Bewältigung ihres Daseins. Diese "Erfahrung aber bringt Hoffnung" die Chancen auf "Weiterentwicklung in Richtung auf die Erfüllung neuartiger und durchaus auch schwererer Anforderungen" (OLBRICH 1957, S. 21) wahrzunehmen. Hoffnung, als antizipierendes Denken wider alle Vernunft, fixiert Wirklichkeit nicht auf das, was sie ist, sondern gibt der Wirklichkeit Aussicht auf zukünftige Möglichkeiten und ist die dynamisierende Bedingung für die Aufnahme neuer Erfahrungen.

Wenn nun Ereignisse, wie Geburt eines Kindes, Eheschließung oder Scheidung vorweggenommen werden

können (KOMMER & RÖHRLE 1981, S.111) und "vielerlei Entwicklungsmöglichkeiten in der neuen Situation vorab simuliert und für später bewältigbar gemacht werden" können, müßte die Auseinandersetzung mit Behinderungen und damit auch die Geburt eines behinderten Kindes zu den antizipierbaren Ereignissen zählen, zumal wenn, wie in dieser Untersuchung gezeigt, die alltägliche zufällige Erfahrung hinreichend ist für den schnell einsetzenden, die Person wenig beeinträchtigenden aktiven Vorgang der Annäherung zur Bewältigung der Lebensaufgabe.

Literaturverzeichnis

AMMERMANN, C.: Aktivation und Problemlöseleistung. Psychologische Beiträge, 17, 1975, 37 - 6o.

AMT FÜR STADTFORSCHUNG UND STATISTIK: Statistisches Jahrbuch 1978 der Stadt Nürnberg.

ANGER, H.: Befragung und Erhebung. In: C.GRAUMANN (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, Bd. 7, 1.Halbband, Göttingen, 1969.

ASENDORPF, J., WALLBOTT, H.G.: Maße der Beobachterübereinstimmung: Ein systematischer Vergleich. Zeitschrift für Sozialpsychologie 1o, 1979, 243 - 252.

BAADE, F.-W., BORCK, J., KOEBE, S., ZUMVENNE, G.: Theorien und Methoden der Verhaltenstherapie, DGVT. Tübingen 198o.

BACHMANN, J.G.: Die Bedeutung des Bildungsniveaus für Selbstwertgefühl, berufsbezogene Einstellungen, Delinquenz und Drogenkonsum von Jugendlichen. In: OLBRICH, E. und TODT, E.: Probleme des Jugendalters. Berlin 1984.

BALTES, P.B. & BRIM, O.G. jr. (Hrsg.): Life-span development and behavior. Volume 3. New York 198o, 34o - 366.

BALTES, P.B. & GOULET, L.R.: Ortsbestimmung und Systematisierung der Fragen einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. In: BALTES , P.B.: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart 1979 a.

BALTES, P.B. & SCHAIE, K.W.: Die Forschungsparadigmen einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Rückblick und Ausblick. In: BALTES, P.B.: Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Stuttgart 1979 b.

BAUER, F.: Datenanalyse mit SPSS. Berlin 1984

BECKMANN, D., BRÄHLER, E., RICHTER, H.-E.: Der Gießen-Test (GT) Bern 1975.

BECKMANN, D., BRÄHLER, E., RICHTER, H.E.: Neustandardisierung des Gießen-Tests (GT). Diagnostica 23, 287, 1977.

BECKMANN, D. & RICHTER, H.-E.: Erfahrungen mit dem Gießen-Test (GT). Bern 1979.

BELSCHNER, W., KAISER, P.: Darstellung eines Mehrebenenmodells primärer Prävention. In: FILIPP, S.H.: Kritische Lebensereignisse. München 1981.

BLÖSCHL, L.: Zum Problem der Selbststeuerung in Lernpsychologie und Verhaltenstherapie. In: FÖRSTER, E. und WEWETZER, K.-H.: Selbststeuerung. Huber 1973.

BOLLES, R.: REINFORCEMENT expectancy and learning. Psychological Review 79 (1972), 394 - 4o9.

BORTZ, J.: Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler. Berlin 1984.

BRAUN, P.: Verhaltenstherapeutische Diagnostik. In: PONGRATZ F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie, 8/2, Göttingen 1978.

BRÜDERL, L.: Formen der Bewältigung des Übergangs zur Elternschaft. Eine empirische Kurzzeit-Längsschnittstudie an werdenen Eltern. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Justus Liebig Universität Giessen 1982.

CREUTZFELDT, O. und HOHMANN, A.: Die sensitive Phase für die Entwicklung binocularer Sehfunktionen. Kinderarzt 7,9, 1976.

DANISH, S.J., SNYDER, M.A. & NOWAK, C.A.: Developmental intervention: Enhancing life event processes. In: BALTES, P.B. & BRIM O.B. jr. (Hrsg.): Life-span development and behavior. Volume 3, New York 1980, 340 - 366.

DANIS, S.J. & D'AUGELLI, A.R.: Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in Entwicklungsverläufen über die Lebensspanne. In: FILIPP, S.H.: Kritische Lebensereignisse. München 1981.

DARLING, R.B.: The Birth Defective Child and the Crisis of Parenthood: Redefining the Situation. In: CALLAHAN, E.J. & Mc CLUSKY, K.A.: Life-span Developmental Psychology.

DEUTSCHES ALLGEMEINES SONNTAGSBLATT 37/17.

DEUTSCHER BILDUNGSRAT: Gutachten und Studien der Bildungskommission 34, Stuttgart, 1974, 41.

DEUTSCHER BILDUNGSRAT: Gutachten und Studien der Bildungskommission 35, Stuttgart, 1977, 208.

DEUTSCHES ROTES KREUZ: Die Eltern und ihr erstes Kind. Bonn, 1978.

DOERING, S.G., ENTWISLE, D.R. & QUINLAN, D.: Modeling the quality of women's birth experience. Journal of Health and Social Behavior 21, 198o, 21 - 41

DOERNER, D.: Kognitive Struktur und Information. Referat auf dem Symposium "Struktur und Information als Determinanten des Lehr- und Lernprozesses". Bad Homburg, 1974.

DREVER, H. & FRÖHLICH, W.D.: dtv Wörterbuch zur Psychologie. München 7o.

DROTAR, D., BASKIEWICZ, A., IRWIN, N., KENNEL, J. und KLAUS, M.: The adaption of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: a hypothetical model. Pediatrics 51, 1975, 71o - 717.

EPSTEIN, S.: The Self-Concept Revisited. Or a Theory of a Theory. American Psychologist, 1973, 4o4 - 416.

EWERT, O.: Ergebnisse und Probleme der Emotionserforschung. In: THOMAE, H. (Hrsg.): Theorien und Formen der Motivation. Göttingen 1983.

FILIPP, S.H.: Kritische Lebensereignisse. München 1981.

FILIPP, S.H. & GRÄSER, H.: Psychologische Prävention im Umfeld kritischer Lebensereignisse. In: BRANDSTÄDTER, J., EYE v.A.: Psychologische Prävention. Bern 1982.

FILIPP, S.H. & DOENGES, D.: Entwicklungstests. In: GROFFMANN, K.J. & MICHEL, L. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie. 2, Göttingen, 1983.

FILIPP, S.H. (Hrsg.): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven. Stuttgart 1984.

FOLKMAN, S. & LAZARUS, R.S.: An analysis of coping in an middleaged community samble. Journal of Health and Social Behavior, 21, 1980, 219 - 239.

FRENCH, J.R.P.: Person-Umwelt-Übereinstimmung und Rollenstress. In: FRESE, M., GREIF, S., SEMMER, N. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie. Bern 1978.

FRIEDE, C.K.: Verfahren zur Bestimmung der Intercoderreliabilität für nominalskalierte Daten. Zeitschrift für Empirische Pädagogik 5, 1981, 1 - 25.

HAAN, N.: Coping and defending. New York 1977.

HAMBURG, D.A. & ADAMS, J.E.: A perspective on coping: Seeking and utilizing information in major transitions. Archives of General Psychiatry 17, 1967, 277 - 284.

HAMPEL, R.: Entwicklung einer Skala zur Selbsteinschätzung der aktuellen Stimmung. Freiburg, 1971. (Dissertation)

HAMPEL, R.: Adjektiv-Skalen zur Einschätzung der Stimmung (SES). Diagnostica 23, 1977, 43 - 60

HECKHAUSEN, N.: Motivation und Handeln. Berlin 1980.

HEIDER, F.: Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Stuttgart 1977.

HEILIGE SCHRIFT, Brief an die Römer 5,4.

HELLBRÜGGE, T., MENARA, D., SCHAMBERGER R. & STÜNKEL, S.: Funktionelle Entwicklungsdiagnostik im 2. Lebensjahr. Fortschritte der Medizin 86, 1971, 558 - 562.

HELLBRÜGGE, T., LAJOSI, F., MENARA, D. & SCHAMBERGER R.: Münchener funktionelle Entwicklungsdiagnostik 1. Lebensjahr. München 1978.

HELMRATH, T.A. & STEINITZ, E.M.: Death of an infant: Parental grieving and the failure of social support. Journal of Family Practice 6, 1978, 785 - 79o.

HENSLE, U.: Zur Auswirkung institutioneller und außerinstitutioneller Bedingungen auf die Rehabilitation. In: MINSEL, W.R. & SCHELLER, R.: Rehabilitation. München 1982.

IRLE, M.: Lehrbuch der Sozialpsychologie. Göttingen 1975.

JANKE, W. & DEBUS, G.: Die Eigenschaftswörterliste. Göttingen 1978.

JANOSCH, J.: Janosch erzählt Grimm's Märchen. Weinheim 1978.

KANFER, F.H. & SASLOW, G.: Behavioral diagnoses. In: C.M.FRANKS (Hrsg.) Behavior therapy: Appraisel and status. New York 1969, 417 - 444.

KELLY, G.A.: The psychology of personal constructs. New York 1955.

KIENER, F.: Empirische Kontrolle psychoanalytischer Thesen. In: PONGRATZ F. (Hrsg.): Handbuch der Psychologie 8/2, Göttingen 1978.

KOMMER, D., RÖHRLE, B.: Handlungstheoretische Perspektiven primärer Prävention. In: MINSEL, W.-R. & SCHELLER, R. (Hrsg.): Prävention. München 1981.

KRAMPEN, G.: Differentialpsychologie der Kontrollüberzeugungen. Göttingen 1982.

KRETSCH, D., CRUTSCHFIELD R.S. & BALLACHEY, E.L.: Individual in Society. New York 1962.

KÜBLER-ROSS, R.: On death and dying. New York 1969.

KÜBLER-ROSS, E.: Interviews mit Sterbenden. Stuttgart 1971.

LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R., OPTIN, E.M. jr.: The Psychology of Coping: Issuef of Research and Assessment. In: G.V. COELHO et al.: Coping and Adaption, New York 1974.

LAZARUS, R.S. & LAUNIER, R.: Stress-related Transaction between Person and Environment. In: PERVIN L.A. & LEWIS, M. (Hrsg.): Perspectives in Interactional Psychology. New York 1978, 287 - 327.

LAZARUS, R.S.: Shaping up the coping concept. In: BOND L.A. & ROSEN, J.C. (Hrsg.): Primary prevention of psychopathology. Volume 4, Hannover (N.H.) 1979.

LAZARUS, R.S.: Streß und Streßbewältigung - ein Paradigma. In: FILIPP, S.H.: Kritische Lebensereignisse. München 1981.

LEMPP, R.: Das Problem der Selbststeuerung aus psychopathologischer Sicht. In: FÖRSTER, E. und WEWETZER K.H., Bern 1973.

LERNER, M.J. & MILLER, D.T.: Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. Psychological Bulletin 85, 1978, 1o3o - 1o51.

LEONTJEW, A.N.: Tätigkeit, Bewußtsein, Persönlichkeit. Köln 1982.

LORD, E.: The use of the range in plase of the standard deviation in the t-test. Biometrica 34, 1947, 41 - 67. In: SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden, Berlin 1969.

MARKUS, H.: Self-Schemata and processing information about the self. Journal of Personality and Social Psychology 35, 1977, 63 - 78.

Mc GRATH, J.E.: Streß und Verhalten in Organisationen. In: NITSCH, J.R.: Streß. Bern 1981.

MEAD, G.H.: Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt 1968.

MECHANIC, D.: Social structure and personal Adaption: Some neglected Dimensions. In: G.V.COELHO et al: Coping and Adaption. New York 1974 a.

MECHANIC, D.: Discussion of research programs on relations between stressfur life events and episodes of physical illness. In: DOHRENWEND S. und DOHRENWEND P.P. (Ed.): Stressful life events. New York 1974 b.

MILLER, G.A., GALANTER, E., PRIBRAM, K.H.: Plans and the structure of behavior. New York 196o.

MONTADA, L.: Kritische Lebensereignisse im Brennpunkt: Eine Entwicklungsaufgabe für die Entwicklungspsychologie. In: FILIPP, S.H.: Kritische Lebensereignisse. München 1981.

MUMMENDEY, H.D.: Einstellungen (sets) bei der Erforschung der Beziehung zwischen Einstellungen (attitudes) und offenem Verhalten. Bielefelder Arbeiten zur Sozialpsychologie, Nr. 17, 1977.

MUMMENDEY, H.D. & STURM, G.: Erster Bericht über eine Längsschnittuntersuchung zu kritischen Lebensereignissen und Selbstbildänderungen jüngerer Erwachsener.Psychologische Forschungsberichte 58, Universität Bielefeld 198o.

MUMMENDEY, H.D.: Selbstkonzeptänderung nach kritischen Lebensereignissen. In: FILIPP, S.H.: Kritische Lebensereignisse, München 1981.

MURPHY, L.B.: Coping, Vulnerability and Resilience. In: COELHO, G.V. et als.: Coping and Adaption. New York 1974.

NEUCOMB, Th.M.: The acquaintance process. New York 1961.

NITSCH, J.R.: Stress. Bern 1981.

NOWLIS V.: Mood: Behavior and experience. In: ARNOLD, M.B. (ed.): Feelings an Emotions. The Loyola Symposium. New York, Academic Press, New York 197o, 261 - 272.

OERTER, R.: Jugendalter. In: OERTER, MONTADA: Entwicklungspsychologie. München 1982.

OLBRICH, E.: Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderung? In: FILIPP, S.H-: Kritische Lebensereignisse. München 1981.

OLBRICH, E.: Erwachsenenalter und Alter. In: OERTER, R., MONTADA, L.: Entwicklungspsychologie. München 1982.

OLBRICH, E. und TODT, E.: Probleme des Jugendalters. Berlin 1984.

OLBRICH, E.: Konstruktive Auseinandersetzung im Jugendalter: Entwicklung, Förderung und Verhaltenseffekte. In: OERTER, R.: Lebensbewältigung im Jugendalter. Weinheim, 1985.

PAPOUSEK, H.: Die Entwicklung früher Lernprozesse im Säuglingsalter. Kinderarzt 1o, 1975, S.1o77-1o81.

PAYKEL, E.S.: Recent life events in the development of the depressive Disorders. In: DEPUE, R.A. (Hrsg.): The Psychology of the depressive disorders. New York 1979.

PETERMANN, F.: Einzelfallanalysen in der psychologischen Forschung. Bonn 1979 (Habilitationsschrift).

PIAGET, J., INHELDER, B.: Die Psychologie des Kindes. Freiburg 1973.

PRYSTAV, G.: Die Bedeutung der Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit von Stressoren für Klassifikationen von Belastungssituationen. Zeitschrift für Klinische Psychologie 8, 1979, 283 - 3o1.

RANDO, Th. A.: Anticipatory grief. Journal of pediatric psychology 8, 1983.

ROSENZWEIG , S.: An outline of frustration theory. In: HUNT, J. McV. (Ed.): Personality and the behavior disorders. New York 1944.

ROSKIES, E. & LAZARUS, R.S.: Coping Theory and the Teaching of Coping Skills. In: DAVIDSON, P. (Hrsg.): Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles. New York 198o.

ROTTER, J.B., et al.: Applications of a social learning theory of personality. New York 1972.

SACHS, L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin 1969.

SARIMSKI, K.: Zur sensomotorischen Entwicklung. Der Kinderarzt 16, 1985.

SCHÖNBERGER, F.: Körperbehinderungen. In: Deutscher Bildungsrat 3, Sonderpädagogik 4, Stuttgart 1977.

SECORD, P.F. & BACKMAN, C.W.: Sozialpsychologie. Frankfurt/M. 1976.

SEIDENSTÜCKER, E.: Rehabilitation. In: SCHWENDTKE, A. (Ed.): Wörterbuch der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Heidelberg 1980.

SEITELBERGER, F.: Neuropathologie der kindlichen cerebralen Bewegungsstörungen. Kinderarzt 7, 1976, 377 - 389.

SELYE, H.: The stress of life. New York 1956.

SILVER, R.L. & WORTMAN, C.B.: Coping with undesirable life-events. In: GARBER, J. & SELIGMANN, M.E.P. (Hrsg.): Human helplessnes: Theory and applications. New York 1980.

SNIJDERS, J.TH. & SNIJDERS-OOMEN, N.: Snijders-Oomen nicht-verbale Intelligenzuntersuchung (S.O.N.) Groningen 1978.

SNYGG, J. & COOMBS, A.W.: Individual behavior - annew frame of reference for Psychology. New York 1961.

THOMAE, H.: Über Daseinstechniken sozial auffälliger Jugendlicher. Psychologische Forschung 24, 1953, 11 - 33.

THOMAE, H.: Das Individuum und seine Welt. Göttingen 1968.

THOMAE, H. & LEHR, U.: Conflict and stress-organizers of the life course? Zitiert in: OLBRICH, E. & TODT, E.: Probleme des Jugendalters. Berlin 1984.

TOLMAN, E.C.: Purposive behavior in animals and men. New York 1967.

TOMAN, W.: An introduction to psychoanalytic theory of motivation. Paris 196o.

TOMAN, W.: Motivation, Persönlichkeit, Umwelt. Göttingen 1968.

TOMAN, W.: Ziele der Psychotherapie. In: PONGRATZ, F. (Hrsg.) Handbuch der Psychologie 8/2, Göttingen 1978.

TOMAN, E. & EGG, R.: Psychotherapie. Stuttgart 1985.

UZGIRIS, I.C. & HUNT, J. McV.: Assessment in infancy: Ordinal scales of psychological development. Chicago: University of Illinois Press, Chicago 1975.

WATZLAWICK, P., BEAVON, J.H., JACKSON, D.D.: Menschliche Kommunikation. Bern 1972.

WEISS, R.L.: Operant conditioning techniques in psychological assessement. In: P.W. REYNOLDS (Hrsg.): Advances in psychological assessement. Palo Alto 1969, 169 - 19o.

WESSMAN, A.E., RICKS, D.F. & Mc ILVAINE, TYL, M.: Characteristics and consomitants of mood fluctuation in college woman. Journal of Abnormal and Social Psychology, 6o, 196o, 117 - 126.

WOHLWILL, J.F.: Strategien entwicklungspsychologischer Forschung. Stuttgart 1977.

Anhang

1. Fragebogen zum Paarvergleich
2. Ergebnisse des Paarvergleichs
3. Tab. 8: Intraindividuelle Entwicklung.
   Varianzanalyse für Meßwiederholungen und FRIEDMAN
   Rangvarianzanalyse für GT.
4. Tab. 9: Interindividuelle Entwicklung.
   T-Test und U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITNEY
   für GT
5. Tab. 1o: Intraindividuelle Entwicklung.
   Varianzanalyse für Meßwiederholungen und FRIEDMAN
   Rangvarianzanalyse für SES
6. Tab. 11: Interindividuelle Entwicklung.
   T-Test und U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITNEY
   für SES
7. Tab. 12: Interindividuelle Entwicklung der Daseins-
   techniken.
   U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITHNEY
8. Tab. 13: Intraindividuelle Entwicklung der Kinder.
   Varianzanalyse für Meßwiederholungen und FRIEDMAN
   Rangvarianzanalyse für MÜFED
9. Tab. 14: Interindividuelle Entwicklung der Kinder.
   T-Test und U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITNEY
   für MÜFED und SON
1o. Explorationsleitfaden
11. Entwicklungsprofil

Welche Situation würden Sie für sich als belastender empfinden?

(Bitte kreuzen Sie diese Situation an)

Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?	Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?
Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?	Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?
Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?	Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?
Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht (2 Jahre) zu besuchen?	Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?
Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?	Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht (2 Jahre) zu besuchen?
Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?	Ein Praktikum in einer Behinderten-Einrichtung zu machen?
Ein Praktikum in einer Behinderten-Einrichtung zu machen?	Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?
Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?	Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?
Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?	Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?
Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?	Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht (2 Jahre) zu besuchen?
Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?	Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?
Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht (2 Jahre) zu besuchen?	Neben einem Kindergarten für Beninderte zu wohnen?
Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?	Ein Praktikum in einer Behinderteneinrichtung zu machen?
Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?	Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?
Ein Praktikum in einer Behinderteneinrichtung zu machen?	Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?
Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?	Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?
Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?	Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht (2 Jahre) zu besuchen?

Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?	Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?
Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?	Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?
Mit Behinderten den Konfirmanden-unterricht (2 Jahre) zu besuchen?	Ein Praktikum in einer Behinderten-einrichtung zu machen?
Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?	Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?
Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?	Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?
Ein Praktikum in einer Behinderten-einrichtung zu machen?	Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?
Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?	Mit Behinderten den Konfirmanden-unterricht (2 Jahre) zu besuchen?
Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?	Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?
Mit einem Behinderten zusammen-zu arbeiten?	Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?
Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?	Ein Praktikum in einer Behinderten-einrichtung zu machen?
Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?	Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?

	A	B	C	D	E	F	G	H
A	-	-0,17	-0,04	-0,14	-0,17	-0,17	-0,12	-0,09
B	0,18	-	0,04	-0,11	-0,04	-0,09	-0,06	-0,04
C	0,10	-0,04	-	-0,04	-0,11	0,01	-0,04	-0,06
D	0,14	0,09	-0,04	-	0,04	0,09	-0,04	-0,07
E	0,16	0,09	0,14	-0,04	-	0,14	0,09	-0,04
F	0,19	-0,09	0,01	-0,07	-0,11	-	-0,11	-0,06
G	0,15	0,09	0,09	0,04	-0,04	0,11	-	0,09
H	0,12	0,09	0,09	0,09	0,09	0,09	-0,04	-
Skalen-werte	+0,092	-0,047	-0,018	-0,068	-0,096	0,000	-0,093	-0,078

Erfahrung in direktem Kontakt mit Behinderten versus Nichtkontakt

Paarvergleichsskalierung nach dem "Law Of Comparative Judgement" (z-Werte)

Zuordnung der Auswertungskategorien:

A: Mit einem Behinderten in der Familie zu leben?
B: Einen Behinderten als Nachbarn zu haben?
C: Mit einem Behinderten zusammen zu arbeiten?
D: Mit Behinderten in eine Klasse zu gehen?
E: Mit Behinderten den Konfirmandenunterricht (2 Jahre) zu besuchen?
F: Mit Behinderten in eine Freizeit zu fahren?
G: Neben einem Kindergarten für Behinderte zu wohnen?
H: Ein Praktikum in einer Behinderteneinrichtung zu machen?

$A > F \geq C \geq B > D > H > G > E$

Tab. 8

Intraindividuelle Entwicklung

Varianzanalyse für Messwiederholungen
Friedman Rangvarianzanalyse (t1 bis t4)

	Gr. 1	Gr. 2
GT	SiG	SiG
Soziale Resonanz	.0001 .000	.0001 .000
Dominanz	.0684 .183	.0001 .009
Kontrolle	.0056 .007	.0001 .004
Grundstimmung	.0001 .000	.0001 .001
Durchlässigkeit	.1042 .453	.0001 .000
Soziale Potenz	.0087 .009	.0001 .000

Tab. 9

Interindividuelle Entwicklung

U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITNEY

GT	t1	t2	t3	t4
Soziale Resonanz	.019 .0200	.004 .0051	.000 .0004	.000 .0001
Dominanz	.044 .0408	.002 .0040	.097 .0753	.031 .0408
Kontrolle	.001 .0059	.000 .0006	.001 .0030	.005 .0086
Grundstimmung	.916 .9768	.013 .0216	.000 .0002	.000 .0000
Durchlässigkeit	.302 .2348	.010 .0189	.000 .0003	.000 .0000
Soziale Potenz	.171 .1725	.007 .0099	.000 .0000	.000 .0001

Tab. 10

Intraindividuelle Entwicklung

Varianzanalyse für Messwiederholungen
Friedman Rangvarianzanalyse (t1 bis t4)

	Gr. 1	Gr. 2
S E S	SiG	SiG
Gehobene Stimmung	.0064 .043	.0008 .006
Gedrückte Stimmung	.0503 .047	.0001 .007
Mißstimmung	.0262 .246	.1152 .259
Ausgeglichene Stimmung	.0003 .004	.0001 .001
Trägheit	.0002 .008	.0033 .089
Müdigkeit	.0001 .000	.0042 .032

Tab. 11

Interindividuelle Entwicklung

T-Test
U-Test v. WILCOXON , MANN und WHITNEY

S E S	t1	t2	t3	t4
Gehobene Stimmung	.358 .3374	.029 .0320	.003 .0057	.004 .0067
Gedrückte Stimmung	.368 .3096	.253 .1173	.047 .0100	.005 .0045
Mißstimmung	.377 .8158	.084 .3341	.024 .0174	.004 .0008
Ausgeglichene Stimmung	.377 .4164	.002 .0025	.000 .0004	.000 .0001
Trägheit	.701 .8386	.174 .2098	.257 .3032	.027 .0369
Müdigkeit	.059 .0869	.304 .4009	.057 .2114	.011 .0270

Tab. 12

Interindividuelle Entwicklung der Daseinstechniken

U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITNEY

Daseinstechnik	t4
Leistung	.0021
Anpassung	.0000
Defensive Techniken	.0000
Evasive Techniken	.0000

Tab. 13

Intraindividuelle Entwicklung der Kinder

Varianzanalyse für Messwiederholungen
Friedman Rengvarianzanalyse (t1 bis t4)

Müfed	Gr. 1	Gr. 2
Laufalter	.0001 .000	.0001 .000
Greifalter	.0001 .000	.0001 .000
Perceptionsalter	.0001 .000	.0001 .000
Sprechalter	.0001 .000	.0001 .000
Sprachverständnis	.0001 .000	.0001 .000
Sozialalter	.0001 .000	.0001 .000

Tab. 14

Interindividuelle Entwicklung

T-Test
U-Test v. WILCOXON, MANN und WHITNEY

Müfed	t1	t2	t3	t4
Laufalter	.085 .0101	.044 .0354	.043 .0364	
Greifalter	.437 .6131	.851 .8825	.870 1.000	
Perceptionsalter	.344 .2497	.359 .2282	.571 .3629	
Sprechalter	.644 .3758	.538 .4089	.957 .7025	
Sprachverständnis	.603 .2183	.542 .5419	.928 .5418	
Sozialalter	.176 .1965	.015 .0087	.025 .0073	
S.O.N.				
Mosaik				.341 .3591
Gedächtnis				.499 .5475
Kombination				.062 .0747
Zeichnen				.214 .0803
Sortieren				.177 .1813

1o. Explorationsleitfaden

t1: - Die medizinische Anamnese liegt vor.
- Erhebung der überprüfbaren Daten.
Alter der Mutter, Berufstätigkeit, Sozioökonomisches Milieu, schwere Erkrankungen in der Familie, Verluste in der Familie; Information über Rehabilitation durch den Arzt und im Säuglingskurs;
Kontakte mit Behinderten vor der Geburt des Kindes.
- "Was erwarten Sie von uns?"
- "Welche Erfahrungen haben Sie bis heute gemacht?"
- "Wie werden Sie damit fertig, daß Ihr Kind sich nicht so entwickelt, wie Sie es erwartet haben?"

t2: - Einschätzung der Fortschritte des Kindes:
"Wie sehen Sie Ihr Kind heute?"
"Was hat dem Kind geholfen?"
"Wo sehen Sie noch Möglichkeiten?"
- Schwerpunkt - Einschätzung der eigenen Situation:
"Wie sehen Sie sich heute?"
"Wie reagiert die Umwelt?"
"Wie verhalten sich Ihre Freunde und Bekannten?"
"Wie ist das Verhältnis Ihres Mannes, Ihrer Eltern, Ihrer engeren Familie zu Ihnen?"
"Hilft Ihr Partner, zu welchen Zeiten, auch in direktem Kontakt mit dem Kind?
"Welche Hilfen erfahren Sie von 'außen' (Elterninitiativen, Behindertenhilfe usw.)?"

t3: - Schwerpunkt - Beobachtung des Kindes durch die Mutter:
"Ist Ihr Kind oft krank?"
"Schläft Ihr Kind nachts durch?"
"Wird Ihr Kind schnell müde?"
"Ist Ihr Kind ruhig oder eher unruhig?"
"Kann Ihr Kind spielen?"
"Geht Ihr Kind leicht zu anderen Kindern oder geht es ihnen lieber aus dem Weg?"
"Gehorscht Ihnen Ihr Kind?"
"Ist es ein fröhliches oder eher ein trauriges Kind?"
- Schwerpunkt - Interaktion Mutter - Kind:
"Wieviel Zeit brauchen Sie am Tag für Ihr Kind?"
"Wieviel Zeit bleibt Ihnen für sich allein?"
"Wie würden Sie sagen, geht es Ihrem Kind?"
"Haben Sie sich schon einmal von Ihrem Kind getrennt?"
"Wie ging es Ihnen dann?"
- Schwerpunkt - Beziehung Mutter - Therapeuten:
"Wie sehen Sie Ihren Kontakt zu den Therapeuten Ihres Kindes?"
"Haben Sie das Gefühl, noch mehr für Ihr Kind machen zu müssen?"

t4: - Schwerpunkt - Bewältigung der Lebenslage:
"Wie werden Sie damit fertig, ein behindertes Kind zu haben?"
"Wie geht es denen, die mit Ihnen zusammen leben?"

Beispiel für das Ausfüllen des Formblattes

Entwicklungsdiagnostische Untersuchung

für das Säuglingsalter und das 2. Lebensjahr: Entwicklung der Statomotorik, der Hand-, Perzeptions-, Sprach- und Sozialentwicklung

von *Th. Hellbrügge, J. Pechstein, D. Menara, R. Reiner-Schamberger* und *S. Stünkel*

Name, Vorname: ..... (♂; ♀) Geburtsdatum: .....

Entwicklungsdiagnostischer Befund von

Datum der Untersuchung	Alter in Monaten	Kriech-alter	Sitzalter	Laufalter	Greif-alter	Per-zeptions-alter	Sprech-alter	Sprach-verständnis-alter	Sozial-alter	Angaben über Gewicht, Größe, Kopfumfang, Reflexentwicklung, personale Zuwendung, Geburtsverlauf, u.a.m.
	30									
	29									
	28									
	27									
	26									
	25									
	24									
	23									
	22									
	21									
	20									
	19									
	18									
	17									
	16									
	15									
	14									
	13									
	12									
	11									
	10									
	9									
	8									
	7									
	6									
	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
	Geburt									

Beurteilung: _____

Arztstempel

Unterschrift

© 1971, Verlag FORTSCHRITTE DER MEDIZIN Dr. Schwappach & Co., 8035 Gauting, Postfach 220

L e b e n s l a u f

Ich, Eva-Maria Pfeiffer, wurde am 11. Juli 1926 als erstes Kind des Oberstudienrates Dr. Konrad Schwierskott und seiner Ehefrau Dorothea, geborene Stober, zu Schweidnitz in Schlesien geboren.

Die Kindheit verlebte ich zusammen mit meinen beiden Brüdern in Breslau. Von 1932 bis 1936 besuchte ich die Volksschule, anschließend die Viktoria-Oberschule, an der ich im Februar 1944 die Reifeprüfung ablegte.

Nach Kriegseinsatz und Flucht fand ich Aufnahme im Allgemeinen Krankenhaus Eilbeck der Hansestadt Hamburg und durchlief die Ausbildung zur Krankenschwester (Examen 1947).

Mein Vater starb in polnischer Gefangenschaft.

1948 heiratete ich Pfarrer Hermann Pfeiffer und es wurden uns drei Kinder geboren. Ab 1964 lebten wir in Nürnberg und mit dem Sommersemester 1970 nahm ich das Studium der Psychologie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen auf. Ich beendete es mit der Diplomprüfung im April 1974.

Ab September 1974 unterrichtete ich das Fach Pädagogik an der Wilhelm Löhe Schule und erhielt einen Lehrauftrag für das Fach Psychologie an der staatlichen Fachhochschule Nürnberg. Zum 1. November 1974 wurde ich von der Stadt Nürnberg angestellt, baute die "Zentrale Beratungsstelle für behinderte und entwicklungsgestörte Kinder" mit auf und betreute bis Oktober 1976 das Psychotherapeutische Kinderheim Rückersdorf.
1981 starb mein Mann, sechs Enkelkinder wurden bis heute geboren.

Offsetdruck · Fotodruck · Hogl · Hauptstraße 109 · 8520 Erlangen · Tel.0 91 31 / 2 29 90